

Ricardo Campos y
Ángel González de Pablo
(coords.)

Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo



CATARSATA

Psiquiatría & Cambio Social

Ricardo Campos y
Ángel González de Pablo
(coords.)

Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo



CATARSATA

Psiquiatría & Cambio Social

Ricardo Campos y
Ángel González de Pablo
(coords.)

Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo



CATARSATA

Psiquiatría & Cambio Social

Ricardo Campos
y Ángel González de Pablo (coords.)

Psiquiatría e higiene mental
durante el primer franquismo

Rupturas y continuidades



Colección investigación y debate

SERIE PSIQUIATRÍA Y CAMBIO SOCIAL

Este libro ha sido realizado en el marco de los proyectos de investigación HAR2012-37754-C02-01 y HAR2012-37754-C02-02, financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad de España.

DISEÑO DE CUBIERTA: MARTA RODRÍGUEZ PANIZO

© Ricardo Campos, Ángel González de Pablo, Rafael Huertas, Enric Novella, Silvia Lévy, Ana Consiglieri, Olga Villasante y Paloma Vázquez de la Torre, 2016

© Los libros de la Catarata, 2016

Fuencarral, 70

28004 Madrid

Tel. 91 532 20 77

Fax. 91 532 43 34

www.catarata.org

Psiquiatría e higiene mental durante el primer franquismo.

Rupturas y continuidades

isbne: 978-84-1352-238-8

ISBN: 978-84-9097-222-9

DEPÓSITO LEGAL: M-34.458-2016

IBIC: MMH/3JKF/HBTB

este libro ha sido editado para ser distribuido. La intención de los editores es que sea utilizado lo más ampliamente posible, que sean adquiridos originales para permitir la edición de otros nuevos y que, de reproducir partes, se haga constar el título y la autoría.

INTRODUCCIÓN

Ricardo Campos y Ángel González de Pablo

El 2 de octubre de 1932, Belarmino Rodríguez Arias, uno de los impulsores de la Liga de Higiene Mental y a la sazón secretario de la Asociación Española de Neuropsiquiatras (AEN), se dirigió en los siguientes términos al público presente en la inauguración de la Sexta Reunión Anual de dicha sociedad:

Mis primeras palabras, en esta obligada Memoria de Secretaría, han de ser, este año, un entusiasta ¡Viva la República! y ¡Viva España! Aparte de representar una expansión del sentimiento que —estoy seguro— nos anima a todos los asociados, una nueva adhesión, ahora pública, al régimen democrático legítimamente obtenido, los psiquiatras debemos celebrar y estar más reconocidos que nadie, si cabe, a nuestras Instituciones, que tanto bien ya nos han hecho y que tantos días de gloria civil nos depararán a todos, no lo pongamos en duda. Medio siglo de lucha titánica para conseguir “un” Decreto de asistencia del enfermo psíquico, que respondiera a los progresos de la Medicina, y como resultado la incomprensión y negligencia de la Monarquía y de todos sus Gobiernos. Poco más de un año de sucesivos proyectos de reorganización psiquiátrica casi integral, algunos de ellos inspirados en un gran espíritu revolucionario, y, como resultado, varios Decretos y Órdenes ministeriales de la República, en general muy bien orientados, a pesar de la rapidez con que han sido indicados y promulgados (Rodríguez Arias, 1932: 948-949).

Apenas diez años después, en enero de 1942, Juan José López Ibor,

presidente de la recién creada Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría, comenzaba su discurso de bienvenida a los participantes en el primer congreso de la misma con las siguientes palabras:

Nuestra guerra victoriosa de liberación ha sido un acontecimiento de tan ahincada violencia sobre el haz de la vida española que ha dejado sentir sus vibraciones, aun en parajes más aislados y aparentemente más serenos de la vida nacional, como son los científicos. Por un lado, la guerra ha permitido la reanudación de la buena y auténtica tradición cultural española. Por otro, ha logrado el descuaje de lo que en ella había de advenedizo y poco consistente. Por ello, en una primera reunión de psiquiatras que se celebró en Madrid, tras la victoria, se acordó constituir una nueva sociedad, nueva en el nombre, en el espíritu y en la organización (López Ibor, 1942: 15).

Ambos discursos, pronunciados con diez años de distancia, son muy reveladores del cambio de contexto político que se había producido tras la derrota republicana en la Guerra Civil. Se había pasado de la celebración de las reformas psiquiátricas republicanas, marcadas por el deseo de regenerar, modernizar y democratizar el país, a la aclamación de su destrucción y de la vuelta a una imaginaria tradición cultural española, antimoderna, ultracatólica y autoritaria en la que se insertaba la nueva psiquiatría franquista.

La evidente diferencia entre ambos programas psiquiátricos no era más que una manifestación de un proceso de ruptura más amplio emprendido por el franquismo para destruir la obra republicana y de todo aquello que tuviera relación, a ojos de los vencedores, con el liberalismo, la democracia, el marxismo y la subversión obrera. En este sentido, existe un amplio acuerdo historiográfico en considerar que la Segunda República representó un periodo de efervescencia en el campo psiquiátrico —al igual que en otros terrenos—, que cristalizó en un conjunto de medidas legislativas que sentaron las bases de una profunda reforma asistencial, tempranamente truncada por la Guerra Civil y el triunfo de los golpistas.

El Decreto del 3 de julio de 1931, que regulaba el internamiento de los enfermos mentales, está considerado como la pieza legislativa sobre la que comenzó a edificarse una reforma asistencial basada en la profilaxis de la enfermedad mental, la humanización del trato a los pacientes y la remedicalización de los trastornos psíquicos, frente al secular abandono de las instituciones psiquiátricas y al custodialismo que caracterizaba al desordenado sistema asistencial. La dictadura franquista cercenó —sin ningún género de dudas— el empuje reformador republicano, impulsando una medicina mental altamente politizada, volcada en la misión de erigir una psiquiatría nacional afín al ideario franquista, que se sostenía en una fuerte identificación entre catolicismo tradicional y nacionalismo exacerbado. En esta tarea no se escatimaron esfuerzos y medios, y abarcó desde la represión directa de los psiquiatras republicanos (depuraciones, encarcelamientos, exilio) hasta la constitución de una psiquiatría estrechamente vinculada a las cátedras universitarias, desconectada de la realidad social del país y sin vocación asistencial. Además, el incipiente entramado institucional republicano, las revistas científicas (Archivos de Neurobiología) y las asociaciones profesionales (Asociación Española de Neuropsiquiatras) o sociales (Liga de Higiene Mental) fueron suprimidas y sustituidas por otras nuevas como la Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría, o la revista Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, fundada y dirigida por Juan José López Ibor en 1940.

No obstante, existen trabajos que han matizado, sin negarla, el alcance de dicha ruptura. Dualde Beltrán ha llamado la atención sobre “la idea de que la ruptura y novedad que supuso el franquismo en la psiquiatría española afectó más [...] a la forma que a su contenido” (2004: 141). En este sentido, uno de los primeros trabajos que apuntó la existencia de ciertas líneas de continuidad entre la psiquiatría republicana y la franquista fue el de Comelles, quien en 1988 señaló que “la posición teórica de los psiquiatras franquistas era parecida, aunque con matices, a la de los republicanos”, subrayando que las verdaderas diferencias se ubicaban no tanto en el campo formativo como en el campo político, diferencias que se harían notorias durante la década de 1930 (Comelles, 1988: 151). Existe así un cierto acuerdo en convenir que la principal línea de continuidad entre la psiquiatría

republicana y la franquista es que ambas compartían “un bagaje conceptual importado de Alemania” (Casco Solís, 1999: 104).

Este libro pretende profundizar en el análisis de las continuidades y rupturas entre el periodo republicano y el franquista, estudiando en diversos planos (modelo asistencial, psicopatología, higiene mental, psiquiatría y defensa social, psicoanálisis y asistencia psiquiátrica) qué hubo realmente de novedoso en los primeros años de la dictadura y qué de herencia. Queremos advertir que no negamos la ruptura, pero creemos necesario reubicar algunas cuestiones en su marco político real y mostrar cómo ciertas ideas y prácticas del franquismo en absoluto eran nuevas y hundían sus raíces en las décadas anteriores, compartidas con los psiquiatras republicanos más allá de lo que la propia psiquiatría franquista hubiera deseado. La principal novedad pasó, como no podía ser de otra manera, por la resignificación de todos los aspectos psiquiátricos en un contexto político represivo y autoritario. Por ello, a lo largo de la presente obra los supuestos políticos y éticos que alimentaban la psiquiatría franquista y la republicana están presentes al objeto de diferenciar la intencionalidad última de ambas.

Nuestro trabajo consta de seis capítulos que son el resultado del proyecto de investigación coordinado “Medicina mental y sociedad autoritaria: saberes y prácticas psiquiátricas en el franquismo (1939-1960)” compuesto por los subproyectos “Prácticas asistenciales y estrategias de institucionalización de la psiquiatría franquista (1939-1960)” e “Influencias, ideología y desarrollos de los saberes psiquiátricos durante el franquismo (1939-1960)”, financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad. No recoge todas las cuestiones que se han abordado en los mismos, sino algunos resultados significativos en los terrenos mencionados.

El libro abre con el capítulo “El modelo de atención psiquiátrica en el primer franquismo: rupturas y continuidades”; su autor, Rafael Huertas, analiza la pervivencia durante el franquismo del Decreto republicano del 3 de julio de 1931, que regulaba el ingreso y la asistencia del enfermo mental, y su adaptación a los nuevos parámetros políticos y asistenciales. En este sentido, estudia el desarrollo de las ideas asistenciales del franquismo, tomando en cuenta tanto su marco ideológico como sus vicisitudes prácticas.

Por su parte, Ángel González de Pablo, en el capítulo “La teoría psiquiátrica durante el primer franquismo”, pasa revista al desarrollo del conocimiento psiquiátrico de los años cuarenta y cincuenta —con sus continuidades y discontinuidades en relación con la psiquiatría anterior a la Guerra Civil—, agrupándolo en torno a tres polos conectores. El primero de ellos, la guerra y sus consecuencias, concitó, primero, la demarcación de las neurosis y las psicosis de guerra, en donde se puso en cuestión la nosografía psiquiátrica empleada hasta entonces; por otro, el desarrollo de una psicopatología de las psicosis exógenas derivadas de las enfermedades carenciales, en especial la psicosis pelagrosa, cuya delimitación condujo a un resurgir de la teoría de la psicosis única; y, en tercer lugar, la elaboración de una psicopatología de la criminalidad, que contribuyó al control de los oponentes políticos primero y después de la población marginal. El segundo polo consistió en la orientación cristiana de la psicopatología, que se expresó sobre todo en relación con las neurosis y aglomeró aportaciones sobre la patología de la afectividad o de la vitalidad, la patología psicósomática y la analítica existencial. Y, finalmente, el tercer polo radicó en la preocupación por la psicopatología de lo endógeno, que cristalizó en una serie de variadas contribuciones en torno a los delirios y el enfermar psicótico.

Enric Novella acomete la evolución de la higiene mental en el largo plazo en su trabajo “Psiquiatría, gobierno y medicina social: la higiene mental en España (1917-1959)”. Aborda aquí las diferencias y semejanzas discursivas en este ámbito, mostrando cómo en la década de 1940 se produjo un cambio respecto a las décadas anteriores en la conceptualización de la higiene mental, dando lugar a un abandono de los aspectos más innovadores en favor de los elementos menos dinámicos de la misma. No obstante, considera que todo este periodo estuvo marcado por un proyecto de mentalidad disciplinaria y tutelar, localizando en la segunda mitad de la década de 1950 la aparición de elementos que darían lugar al abandono de la higiene mental a favor de la salud mental.

El cuarto capítulo, “La conjura del peligro: psiquiatría y peligrosidad social en la Segunda República y el primer franquismo (1931-1960)”, a cargo de Ricardo Campos, examina la vertiente de defensa social de la psiquiatría en este periodo. Muestra cómo hubo

una continuidad entre ambos periodos en lo relativo a la identificación del enfermo mental y el anormal con el peligro y cómo la Ley de Vagos y Maleantes de 1933 transitó de un régimen al otro. La diferencia estribó, no obstante, en que el franquismo conceptualizó la peligrosidad social en el terreno político, asimilando al enemigo político con la locura y la anormalidad. En este sentido, dicha ley sufrió transformaciones que ampliaron su campo de aplicación a supuestos y colectivos que originalmente no estaban en su versión original.

Silvia Lévy se encarga en el siguiente capítulo, “Prevenir, rehabilitar y sancionar. La incorporación de las ideas psicoanalíticas a la psiquiatría forense (1930-1950)”, de estudiar las líneas generales de los usos del psicoanálisis como un artefacto cultural con diferentes lecturas en la República y el franquismo en lo que refiere a su implementación en el estudio de la psicopatología, pero que encontró puntos de continuidad en su aplicación en el campo de la psiquiatría forense.

Por último, el libro se cierra con el trabajo “El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. Viejas y nuevas prácticas”. Las autoras, Ana Conseglieri, Olga Villasante y Paloma Vázquez de la Torre, analizan las transformaciones producidas en dicho manicomio tras la Guerra Civil en aspectos tan variados como su reorganización institucional, el papel de los médicos y personal sanitario, los índices de mortalidad, la nosografía y la introducción de nuevas terapias de choque. Todos estos aspectos se relacionan con el periodo republicano, la Guerra Civil y el contexto internacional, mostrando los elementos específicos del régimen franquista y los que formaban parte de una trayectoria asistencial de más larga duración.

Bibliografía

Casco Solís, J

. (1999): “Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización

(1946 1960)”, en F. Fuentenebro et al. (eds.), *Psiquiatría y cultura en España en un Tiempo de Silencio*. Luis Martín Santos, Necodisne, Madrid, pp. 85-129.

Comelles, J. M.

(1988): *La razón y la sinrazón. Asistencia y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, PPU, Barcelona.

Dualde Beltrán, F

. (2004): “La profilaxis de la enfermedad mental en la psiquiatría franquista: esquizofrenia, eugenesia y consejo matrimonial”, *Revista de la AEN*, 24(92), pp. 130-161.

López Ibor, J. J. (1942):

“La psiquiatría en España en la hora presente”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3(1/2), pp. 15-25.

Rodríguez Arias, B.

(1932): “Memoria de Secretaría. Sexta Reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras (Granada, 2, 3, 4 y 5 de octubre de 1932)”, *Archivos de Neurobiología*, 12, pp. 948-954.

CAPÍTULO 1

El modelo de atención psiquiátrica en el primer franquismo: rupturas y continuidades*

1

Rafael Huertas

Los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica —de superación del modelo manicomial— no tuvieron lugar en España hasta la tercera década del siglo XX. Existe una amplia historiografía sobre las propuestas de reforma psiquiátrica desarrolladas en el Estado español que, sin olvidar la iniciativa de la Mancomunidad de Diputaciones de Cataluña (Comelles, 1988: 110; Huertas, 1995), se ha centrado, de manera particular, en la Reforma de la Segunda República (Espino, 1980; Huertas, 1998; Huertas y Campos, 2013).

Ambas iniciativas fueron cercenadas por sendas dictaduras militares. La disolución de la Mancomunidad en 1924 por Primo de Rivera imposibilitó el desarrollo de las propuestas planteadas e, igualmente, la dictadura franquista frustró las posibilidades de la recién iniciada reforma republicana. Dos momentos claves en la historia de la asistencia psiquiátrica en nuestro país que han llegado a ser definidos como verdaderas “rupturas” con “aquel pensamiento y aquellas prácticas que, precisamente, por poner el acento en la dimensión social de la Psiquiatría hacen de esta una disciplina comprometida críticamente con la realidad” (García, 1992: 181).

Diversas investigaciones desarrolladas en las últimas décadas han analizado algunos aspectos de la psiquiatría de posguerra en el marco ideológico del nacionalcatolicismo (González Duro, 1978, 2008; González de Pablo, 1987; Casco, 1995; Dualde, 2007; Huertas, 1998a; 2012; Campos y Huertas, 2012). En lo que se refiere a la asistencia psiquiátrica pública, existe cierto acuerdo en que el modelo asistencial que se pretendió poner en marcha durante la República quedó paralizado. Si todavía durante la Guerra Civil

hubo intentos de aplicarlo en determinadas zonas republicanas (Huertas, 2007), una vez instaurada la dictadura, el abandono al que se vieron abocados los establecimientos psiquiátricos públicos ha sido señalado por diversos autores (Casco, 1995; Simón y Ferrer, 1999) y reconocido por los propios responsables de la sanidad española del momento. Así, el general José Alberto Palanca, director general de Sanidad hasta 1956, afirmaba en la apertura del curso académico 1958-1959 de la Universidad de Madrid que: “Es evidente que una de las asistencias sanitarias más defectuosas en nuestra patria es la psiquiátrica [...] porque el mal estado sanitario del país obligaba a dirigirse a problemas más urgentes” (Palanca, 1958: 96). Su sucesor en el cargo, Jesús García Orcoyen, admitía, igualmente, que la asistencia al enfermo psíquico en España estaba olvidada y muy necesitada de una acción rápida (García Orcoyen, 1958).

Se volvió, en buena medida, a un orden manicomial muy precario en el que las carencias presupuestarias y la indiferencia por las condiciones de vida de los pacientes internados y hacia sus derechos individuales caracterizaron, por lo general, la asistencia psiquiátrica (Casco, 1995; Simón y Ferrer, 1999; Conseglieri y Villasante, 2007). Instituciones tutelares que, en ocasiones, albergaron también a disidentes y peligrosos no necesariamente medicalizados (Polo Blanco, 2006: 118; Sánchez Vallejo, 2013).

Ahora bien, aun aceptando los elementos innegables de ruptura que la dictadura franquista introdujo en relación con los proyectos republicanos; aun admitiendo que muchos de los referentes de la psiquiatría española habían marchado al exilio, eran objeto de depuraciones o sufrían el llamado exilio interior, cabe preguntarse: ¿no quedó nada, absolutamente nada, del pensamiento psiquiátrico anterior a la Guerra Civil y, en particular, de su concepción asistencial? Ese desinterés del régimen por las cuestiones psiquiátricas, que resulta evidente en el primer franquismo, ¿impidió de manera taxativa toda reflexión sobre una atención al paciente mental que no fuera la estrictamente asilar y defensiva de la sociedad? El aludido orden manicomial con el que se suele definir la psiquiatría franquista ¿supuso un enorme retroceso en relación al modelo propugnado por la República o es que la primera democracia española no terminó de renunciar a un sistema de

custodia a pesar de sus esfuerzos por mejorar las condiciones asistenciales? Y en esta misma línea, teniendo en cuenta que el famoso Decreto de 3 de julio de 1931 “sobre la asistencia a enfermos psíquicos” no fue derogado hasta 1983, ¿por qué uno de los textos legislativos considerados más paradigmáticos de la reforma republicana se mantuvo vigente durante toda la dictadura franquista?

El objetivo de las páginas que siguen es intentar contestar a estas preguntas identificando las posibles continuidades —o reminiscencias— del discurso y la práctica asistencial de la psiquiatría durante el primer franquismo, con el fin de valorar su verdadero alcance, así como las tensiones conceptuales, legislativas, profesionales y políticas existentes entre dos momentos tan contrapuestos de nuestra historia.

El Decreto de 1931 y su pervivencia durante el franquismo

En el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, celebrado en Barcelona los días 12, 13 y 14 de enero de 1942, tuvo lugar una sesión especial dedicada a “Problemas de asistencia psiquiátrica” en la que, bajo la presidencia de Juan José López Ibor (presidente del Congreso) y Manuel González Ferradas (jefe de la Sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad), se pretendió reunir “a la mayor parte de directores y médicos de manicomios” con el fin de proponer y discutir “normas para una reorganización de las instituciones psiquiátricas”. Al final de dicha sesión los doctores Jaime Escalas y Lorenzo Villalonga presentaron una propuesta de resolución congresual en la que, además de defender los intereses corporativos de los psiquiatras (autoridad científica y administrativa en el interior de las instituciones, sueldos dignos, etc.), se instaba expresamente a: “Que en el plazo máximo de tres meses se obligue a todas las entidades propietarias de establecimientos psiquiátricos que no tengan aprobado el Reglamento de régimen interior, a que den cumplimiento a lo

previsto en el artículo 6 del Decreto de 3 de julio de 1931, en virtud del cual deben remitir el citado reglamento a la Dirección General de Sanidad para su aprobación” (Escalas y Villalonga, 1942: 172-173).

Merece la pena extenderse, brevemente, en los firmantes de esta propuesta que reclamaba la aplicación del Decreto de 1931. Se trata de dos psiquiatras mallorquines especialmente significativos: Jaime Escalas fue uno de los redactores, junto a Gonzalo Rodríguez Lafora y José Miguel Sacristán, del Anteproyecto de Legislación para la Asistencia del Enfermo Psíquico, que fue la base del Decreto de 1931. Este protagonismo en lo que fue una de las iniciativas reformistas más rápidamente asumidas por el gobierno del primer bienio republicano (Huertas, 2002: 180) era consecuencia de un compromiso más profesional que político. De hecho, tras el triunfo de la sublevación militar en Mallorca, Escalas mantuvo su cargo de director del manicomio de Palma de Mallorca, que desempeñó ininterrumpidamente entre 1920 y 1963, llegando a redactar informes técnicos por encargo de las nuevas autoridades de la isla (Escalas, 1938), y afianzando su prestigio como profesional de la psiquiatría, así como de personaje vinculado a la cultura balear (Mulet, 2010). El segundo firmante era nada menos que el psiquiatra y novelista falangista Lorenzo Villalonga, autor entre otras obras de Bearn o La sala de las muñecas (publicada en 1956 en castellano y en 1961 en catalán). Su condición de intelectual falangista, paisano y colaborador (como médico auxiliar) de Escalas debió de ser determinante para que ambos presentaran la referida propuesta.

El llamado Nuevo Estado no cuestionó la legislación existente sobre ingresos y altas psiquiátricas pues, en el fondo, los contenidos del célebre Decreto de 1931 no entraban en contradicción con una concepción asilar y tutelar de la asistencia psiquiátrica. Como acabo de adelantar, Rodríguez Lafora, Sacristán y Escalas habían elaborado un Anteproyecto de Legislación para la Asistencia del Enfermo Psíquico que presentaron a la Tercera Asamblea de la Liga de Higiene Mental celebrada en Sevilla en 1929 y que, tras su aprobación, se convirtió en la iniciativa legislativa más insistentemente defendida por el colectivo profesional, y que fue la base del Decreto de 1931 (Huertas, 2002: 181). Se trataba de

reformular en profundidad el Real Decreto de 1885 por el que se rigió la asistencia psiquiátrica española hasta la Segunda República y en el que predominaba un talante burocrático-judicial que, entre otras cosas, dificultaba enormemente el ingreso de los pacientes en los manicomios (Espino, 1980; 1987). En contrapartida, el Decreto republicano pretendió agilizar, en aras de la eficacia médica, la admisión de los pacientes en los establecimientos psiquiátricos contemplando tres supuestos: 1) ingresos por voluntad propia; 2) por indicación médica; y 3) por indicación gubernativa o judicial (Gaceta de Madrid, 7 de julio de 1931: 186-189).

El Decreto, elaborado por médicos (no por juristas), supone el reconocimiento y afirmación de la psiquiatría como ciencia y trata, en todo momento, de posibilitar el funcionamiento de un dispositivo asistencial basado en principios pretendidamente científicos. No en vano, su promulgación puede considerarse como el triunfo del asociacionismo psiquiátrico de los años veinte y treinta. Un colectivo profesional agrupado en torno a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Lázaro, 2000) y a la Liga de Higiene Mental (Lázaro, 1998), que recibió con alborozo la nueva reglamentación en la seguridad de que se iniciaba un proceso de cambios estructurales que afectarían directamente a la organización de la asistencia psiquiátrica. Todo ello hay que entenderlo en el marco de los significativos cambios que en materia de política sanitaria se llegaron a producir durante el primer bienio republicano (Jiménez Lucena, 1997; 1998; Huertas, 1992; 2000), un contexto de reformas e iniciativas en el que el debate sobre la nacionalización de los establecimientos psiquiátricos no se hizo esperar (Huertas, 1994).

Sin embargo, más allá de las estructuras burocráticas, en lo que concierne al internamiento y al funcionamiento concreto de las instituciones, el Decreto acabó consagrando el poder médico sobre los pacientes, pero también sobre los administradores y los juristas. Las consideraciones médicas primaron sobre las que pudieran emanar del derecho civil, de modo que el riesgo de anular las garantías jurídicas de los pacientes en cuanto a la privación de su libertad fue una consecuencia directa del nuevo Decreto (Comelles, 1988: 140-142; Aparicio y Sánchez, 1997: 140).

Los ingresos por propia voluntad precisaban un certificado médico que indicara la conveniencia del ingreso y una declaración del paciente accediendo voluntariamente a ser internado (artículo 8); sin embargo, la salida de la institución dependía de la dirección médica del establecimiento: el interno podía ser dado de alta por el facultativo, pero si era él mismo el que la solicitaba, el director médico podía oponerse siempre que el paciente presentase “signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocritica de su estado morbozo, o manifestaciones de peligrosidad” (artículo 11).

La admisión por indicación médica para un ingreso involuntario “solo podrá tener —según se especifica— el carácter de medio de tratamiento y en ningún caso de privación correccional de la libertad” (artículo 10). Los documentos necesarios en esta ocasión eran el certificado médico de enfermedad mental y necesidad de reclusión, así como la declaración de conformidad de parientes o representante legal y, en caso de no existir estos, del director del establecimiento. Las razones para certificar la admisión de una persona en un establecimiento psiquiátrico serían: 1) la enfermedad psíquica que aconseje su aislamiento; 2) la peligrosidad de origen psíquico; y 3) la incompatibilidad con la vida social y las toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás.

Como bien puede verse, y viene siendo señalado por los juristas desde hace tiempo, si la primera razón puede interpretarse como netamente terapéutica, las otras dos tienen un claro objetivo “de defensa del cuerpo social ante un elemento perturbador” (Cobrerros, 1981: 155).

Señalemos, finalmente, que las admisiones por orden gubernativa, dispuestas por el gobernador civil, por el jefe de la policía en las capitales de provincia o por los alcaldes en las poblaciones menores, tendrían lugar “cuando el enfermo se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando [...] haya peligro inminente para la tranquilidad, la seguridad o la propiedad pública o privada” (artículo 17). Si bien se especifica que tal ingreso no podrá prolongarse más de un día (se trataba, pues, de hacer frente a situaciones concretas y agudas), la norma se apresura a aclarar que

el sujeto podría permanecer en el establecimiento si su director médico, o el perito forense, así lo determinaran y certificaran.

De todo lo antedicho resulta evidente que el Decreto de 1931 tiene dos características fundamentales sobre las que merece la pena insistir: por un lado, la peligrosidad y/o las manifestaciones antisociales se convierten en criterio fundamental para ingresar o no a un paciente en una institución cerrada. Este concepto de peligrosidad social, de la potencial peligrosidad del enfermo mental, acabó constituyendo un elemento esencial del discurso reformista, una cuestión con la que los profesionales se mostraron especialmente cautos, tanto en el plano teórico como en el del manejo del peligroso, lo que, sin duda, llegó a limitar el alcance de la reforma (Campos, 1997; 2007).

Por otro lado, junto a las evidentes deficiencias en el plano jurídico (Barrios, 2012), el médico especialista adquiere todo el control. La potestad del psiquiatra —del director del establecimiento— por encima de otros entes administrativos aparece de manera inusitada e inédita. En definitiva, el Decreto otorgaba un cheque en blanco a una práctica asistencial que encerraba, en sí mismo, un riesgo autoritario.

Los cambios políticos y sociales que tuvieron lugar tras la Guerra Civil no afectaron a esta legislación que, como ya quedó dicho, se mantuvo durante toda la dictadura franquista. Algunos autores han llamado la atención sobre el hecho de que “la Ley [el decreto] no podía prever los cambios sociales que iban a surgir después de la guerra civil de 1936-1939. Esta concesión al poder médico, sin cortapisas, tuvo efectos negativos a largo plazo, asistencial y jurídicamente” (Aparicio y Sánchez, 1997: 140). Asimismo, se ha señalado que el Decreto “suponía que en otro contexto distinto al republicano (donde el Tribunal de Garantías hubiera podido desarrollar jurisprudencia complementaria), dejase las puertas abiertas a la arbitrariedad de los directores y autoridades gubernativas, como sucedió durante el periodo franquista” (Comelles, 1988: 142).

Sin embargo, la idea de que el texto legislativo que estamos analizando podía permitir, en el ambiente político propicio y con los profesionales adecuados, una práctica asistencial progresista,

científica y eficaz, mientras que, por el contrario, podía amparar una práctica custodial y represiva si fueran otras las condiciones o el talante de los profesionales, resulta cuando menos ambiguo. Ni la República fue un periodo homogéneo de democracia y derechos humanos garantizados en todo momento, ni la arbitrariedad de los psiquiatras ha sido exclusiva de los regímenes autoritarios. No sabemos las consecuencias que hubiera tenido el Decreto si la legalidad republicana se hubiera mantenido en el tiempo, pero de lo que no cabe duda es que este sistema de admisiones y salidas obtuvo el beneplácito de los responsables de la política sanitaria y asistencial del autodenominado Nuevo Estado.

Incluso se procedió a su aplicación de manera inmediata al finalizar la guerra. Así, por ejemplo, en noviembre de 1941 se publicó en el Boletín Oficial del Estado el Reglamento Orgánico del Manicomio de Leganés, en cuyo texto pueden constatarse ciertas diferencias con el contenido del Decreto de 1931 que merece la pena destacar. El importante artículo 10 del Decreto, sobre el ingreso involuntario por indicación médica, que sin duda es el más problemático desde el punto de vista de los derechos individuales de los pacientes, se completaba especificando, probablemente como elemento protector, que: “Antes de transcurridas veinticuatro horas de la admisión del enfermo en el establecimiento, el médico director está obligado a comunicar al gobernador de la provincia la admisión del enfermo, remitiendo una nota-resumen de todos los documentos [...] y los motivos del ingreso. Dicha autoridad ordenará de oficio al inspector médico del distrito (subdelegado de Medicina), donde esté emplazado el establecimiento, el reconocimiento del enfermo y la remisión del informe correspondiente”.

Pues bien, independientemente de que tales requisitos se llevaran o no a la práctica, lo cierto es que suponía una posibilidad de inspección y control de la gestión manicomial que, aunque mantenida para las instituciones dependientes de las diputaciones, fue eliminada de las de la Beneficencia General del Estado —como Leganés— a través de sus reglamentos internos, que tan solo habían de responder ante el juez de primera instancia (BOE, 7 de noviembre de 1941: 8700), provocando enfrentamientos entre las direcciones de dichos establecimientos y los gobiernos civiles (Conseglieri, 2013). Vemos, pues, la absoluta vigencia del Decreto

de 1931 y la voluntad de las instancias gubernamentales de aplicarlo, la burocracia que generaba y los desajustes administrativos a los que podía dar lugar, confirmándose las diferencias entre la red asistencial dependiente de las diputaciones locales y los establecimientos con un estatuto especial como el de Leganés (Villasante, 2003).

Esta circunstancia fue criticada, en pleno franquismo, por determinados juristas que lamentaban la falta del control judicial, a favor del gubernativo o administrativo y, naturalmente, del poder médico. El catedrático de Derecho Civil Federico de Castro argumentaba, en 1951, que: “Las detalladas disposiciones del Decreto de 1931, a causa quizás de haberse tenido presente solo consideraciones médicas y, a lo más, administrativas, olvidándose de los preceptos jurídicos sustantivos, hacen nacer graves dudas sobre su legalidad” (De Castro, 1951: 286).

Este tipo de críticas serán retomadas en el indicio de la transición democrática (Bercovitz, 1976), pero no es hasta 1983 cuando tiene lugar la derogación del Decreto. Las llamadas luchas psiquiátricas del tardofranquismo, los cambios políticos acaecidos en el país y, sobre todo, la incompatibilidad del Decreto con la Constitución de 1978, fueron elementos determinantes de este cambio legislativo. Merece la pena aclarar, en este contexto, que el Decreto de 1931 no fue sustituido por una ley específica sobre asistencia psiquiátrica, sino que los tratamientos e ingresos involuntarios pasaron a ser regulados mediante una reforma del Código Civil en materia de tutela (BOE, 26 de octubre de 1983: 28932) haciéndose necesaria y obligatoria la autorización judicial para todo internamiento involuntario de un presunto incapaz (Aparicio, 1993). El nuevo marco legislativo dio lugar a intervenciones judiciales con el fin de garantizar los derechos de los pacientes, en particular los de aquellos que habían sido ingresados con anterioridad a la reforma constitucional. Un ejemplo muy significativo es el que podemos obtener de una sentencia del Tribunal Constitucional de 1990, en cuyos fundamentos jurídicos se señala:

En cuanto esta argumentación se refiere al momento inicial de internamiento, que tuvo lugar en fecha imprecisa, pero según el

demandante hace cuarenta años, ha de recordarse que la exigencia de autorización judicial para el internamiento, que es una consecuencia del reconocimiento constitucional del derecho de libertad, no regía en el momento en que ese internamiento se produjo, en cuyo momento estaba en vigor el Decreto de 3 de julio de 1931, de dudosa vigencia después de la entrada en vigor de la Constitución, que ha quedado derogado expresamente por el art. 2.2 de la Ley 13/1983 y sustituido por el nuevo art. 211 del Código Civil. El derogado Decreto de 1931 establecía solo un control gubernativo de los internamientos involuntarios de los enfermos mentales, no existiendo en aquel momento una protección jurídica adecuada de las personas frente a internamientos indebidos ni frente al desconocimiento de sus derechos una vez internadas, ni un control jurídico operativo del respeto debido a la libertad y a los derechos fundamentales de estas personas (BOE, 160, suplemento, 5 de julio de 1990: 11).

No querría terminar este apartado sin señalar que, si el debate en torno a los derechos civiles de los pacientes mentales siempre ha sido arduo y espinoso, desde el punto de vista penal resulta todavía más complejo. Aunque se sale de los objetivos de este ensayo, merece la pena recordar que los códigos penales han mantenido conceptos como medidas de seguridad o peligrosidad social aplicadas a los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico, contribuyendo a su estigmatización y generando críticas y reflexiones diversas (Espinosa, 1997; Sánchez, 2000). Un proyecto de reforma del Código Penal, elaborado por el Ministerio de Justicia del Gobierno de España en 2013, contemplaba la posibilidad de que un individuo con un trastorno mental pudiera permanecer recluido en un establecimiento cerrado mediante prórrogas sucesivas: “El internamiento en centro psiquiátrico no podrá tener una duración superior a cinco años, salvo que se acordare su prórroga. Si, transcurrido dicho plazo, no concurren las condiciones adecuadas para acordar la suspensión de la medida [...] podrá acordar [...] la prolongación de la misma por periodos sucesivos de una duración máxima, cada uno de ellos, de cinco años” (Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2013: 42).

Las reacciones a esta medida no se hicieron esperar, al considerarse contraria a la seguridad jurídica, pues no se concreta la duración del internamiento que podía convertirse en perpetuo, y discriminatoria, pues solo se aplicaba a personas con trastorno mental o discapacidad intelectual (Roig et al., 2014). Esta parte del articulado del nuevo Código Penal fue retirada, pero no puede negarse que se trata de una cuestión de gran actualidad cuyas raíces históricas son muy evidentes. A través del caso concreto del Decreto de 1931 podemos confirmar, una vez más, que el problema del tratamiento y del ingreso involuntario de los pacientes mentales permanece lastrado por su supuesta peligrosidad social (recuérdese que la peligrosidad no es un concepto psicopatológico) y que tal cosificación y estigmatización del loco puede ser común, salvando las distancias, a democracias y dictaduras.

Entre el dispensario y el manicomio

El Decreto republicano, a pesar de todo, tenía virtudes innegables, pues pretendió garantizar una organización técnica de la asistencia en la que aplicar “estrictamente los preceptos de la Psiquiatría moderna”, no solo implantando medidas higiénicas, con la “instalación de baño permanente” en todas las secciones asistenciales y proscribiendo los “medios físicos coercitivos” (artículo 3), sino mediante la creación de un dispositivo asistencial en el que, junto al establecimiento psiquiátrico cerrado, desempeñaran un papel fundamental los dispensarios y los servicios abiertos (artículo 4).

De hecho, uno de los logros indiscutibles de la reforma republicana fue la aceptación de un nuevo modelo asistencial en el que se rompía con la consideración del manicomio como único lugar de tratamiento para desplazar el eje de la atención psiquiátrica hacia los aspectos profilácticos. Se fue constituyendo una estructura técnico-administrativa encargada de todas las actuaciones psiquiátricas que descansó sobre dos pilares básicos: el Consejo Superior Psiquiátrico, con funciones asesoras, de programación y de

inspección, y la Sección Central de Psiquiatría e Higiene Mental que, con las respectivas secciones provinciales, tendría una labor de dirección y ejecución directa (Huertas, 2002: 181).

Tras la Guerra Civil se produce una evidente ruptura política que, en el ámbito que nos ocupa, se esforzará en criticar y minimizar la psiquiatría republicana. En el discurso inaugural del Congreso de la recién creada Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría, su presidente, Juan José López Ibor, criticó duramente las reformas republicanas y la labor del Consejo Superior Psiquiátrico, afirmando que: “Nuestra guerra victoriosa de liberación [...], por un lado [...] ha permitido la reanudación de la buena y auténtica tradición cultural española. Por otro, ha logrado el descuaje de lo que en ella había de advenedizo y poco consistente” (López Ibor, 1942: 15).

Lo advenedizo, lo extranjerizante, lo inconsistente, lo que era preciso desacreditar primero y dismantelar después son, naturalmente, las realizaciones republicanas, con el objetivo político de recuperar tradiciones imperiales y de erigir una ciencia (mental) que contribuyera a la construcción de la esencia genuina de lo español, una esencia estrechamente identificada con el catolicismo integrista que definió al régimen. Fe religiosa y sentimiento patriótico serán los componentes fundamentales de toda una retórica que definirá como “antiespañol” y “anticatólico” cualquier forma de pensar y actuar que no fuera partidaria o que discrepara del régimen instaurado. La psiquiatría desempeñó un papel modesto pero significativo en la elaboración de este entramado de ideas. Para evitar “la ruina definitiva del espíritu de la Hispanidad”, se abogó por “la creación de un Cuerpo de Inquisidores, centinela de la pureza de los valores científicos, filosóficos y culturales del acervo popular; que detenga la difusión de ideas extranjeras corruptoras de los valores universales hispánicos” (Vallejo Nágera, 1938: 108). Esta Nueva Inquisición, en la que los psiquiatras desempeñarían un papel protagonista, no debería ser simplemente “un tribunal que castigue los delitos de imprenta y atrevidos pensamientos”, sino algo mucho más elevado: un tribunal cuya función sería definir el pensamiento sano y “correcto” del insano y “equivocado”, siempre según los criterios del nacionalcatolicismo instaurado por Franco tras la Guerra Civil (Huertas, 1998a). No en vano, según López Ibor, las especiales ca-

racterísticas biológicas y psíquicas de los españoles hacían necesario que la higiene mental se estableciera en España “sobre unas bases propias, adaptadas a nuestras circunstancias y a la personalidad del español” (López Ibor, 1942: 24).

Ahora bien, a pesar de toda esta retórica, y a pesar de la innegable ruptura que impuso el Nuevo Estado con respecto a las importantes realizaciones del periodo republicano —y de su intención explícita de desprestigiar y anular el pasado inmediato—, existieron no pocos elementos de continuidad con la medicina mental anterior a la Guerra Civil pues, de hecho, casi todos los psiquiatras alineados con el nuevo régimen se habían formado y compartían intereses corporativos y referentes conceptuales con sus colegas del bando republicano (Campos, 2015). Por eso, cuando limitamos el análisis a los aspectos técnicos de la organización de los servicios nos encontramos con que, más allá de las soflamas ideológicas o políticas, el modelo asistencial que los profesionales proponían, al menos sobre el papel, no difería mucho del que la República pretendió desarrollar.

Ya desde los años veinte existía un amplio acuerdo sobre la necesidad de una organización de la asistencia en tres niveles diferentes: el hospital psiquiátrico, el asilo-colonia y el dispositivo extramanicomial; de modo que, junto a la reorganización de los servicios manicomiales, se imponía la necesidad de crear organismos nuevos como los servicios libres, los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia (Torras, 1923; Busquet, 1925). Aunque el ya mencionado Decreto de 1931 preveía que: “Todo establecimiento psiquiátrico público urbano deberá, a ser posible, tener un carácter ‘mixto’ con un servicio ‘abierto’ y otro ‘cerrado’” (artículo 41), la verdadera sanción legislativa del nuevo modelo asistencial hubiera tenido lugar de prosperar el Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional. Un proyecto en el que se contemplaba ya la total responsabilidad del Estado en materia de asistencia psiquiátrica y que regulaba la existencia de tres grupos de enfermos psíquicos: los sometidos a tratamiento ambulatorio en los dispensarios de higiene mental; los sometidos a tratamiento activo en los hospitales psiquiátricos y los pacientes crónicos tratados en las colonias agrícolas psiquiátricas. Prevé, asimismo, la existencia en cada capital de provincia de un

dispensario de higiene mental, capaz de asegurar el diagnóstico y tratamiento precoces, la distribución hospitalaria y la vigilancia y asistencia posmanicomial; así como “difundir las normas de higiene mental, divulgando por cuantos medios estén a su alcance la profilaxis de las enfermedades de este grupo” (Gaceta de Madrid, 2 de junio de 1935: 1887-1888).

Dicho proyecto fue presentado al Congreso de los Diputados por Federico Salmón, ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, el 31 de mayo de 1935, obteniendo la conformidad de la Comisión permanente de Trabajo el 15 de noviembre del mismo año (Huertas, 1998b, 2002). Es evidente que el 18 de julio de 1936 se echó encima sin que las reformas republicanas pudieran llevarse a cabo; sin embargo, el modelo que se pretendía implementar estaba suficientemente asumido por los profesionales que ejercían en los años cuarenta: “Dispensario Psiquiátrico, Hospital Psiquiátrico, Manicomio con sus colonias agrícolas, la Asistencia heterofamiliar y el Dispensario de Higiene Mental: he ahí la cadena de asistencia psiquiátrica actual” (Echeverría, 1948: 194).

Ya hemos visto cómo en el Congreso de Neurología y Psiquiatría de 1942 se abogaba por la aplicación del Decreto de 1931, pero también hubo ponencias en las que se insistía en la necesidad de abordar la asistencia extramanicomial como una prioridad, reconociendo que “sobradamente son conocidos los perjuicios que la prolongada permanencia de los enfermos en los establecimientos origina a los propios pacientes (denominada demencia manicomial o demencia de asilo)” (Figuerido, 1942: 157). Esta idea de que es preciso superar el manicomio como eje de la asistencia psiquiátrica se remonta, como es sabido, a décadas anteriores. Los argumentos de Óscar Torras son muy similares cuando aseguraba, en los años veinte, que el ingreso prolongado “reduce definitivamente las energías mentales y vuelve al enfermo poco apto al trabajo y a la vida de relación; predispone a la demencia progresiva de forma apática” (Torras, 1924: 9). Cabe decir que Torras, al igual que Jaime Escalas, al que nos hemos referido en páginas anteriores, es un buen exponente de los psiquiatras que desarrollaron una actividad profesional continuada a través de sucesivas etapas políticas pues, obviamente, no todos los especialistas fueron represaliados o marcharon al exilio. Este psiquiatra desempeñó su

labor en el Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona desde 1919 hasta su jubilación en 1960; es decir, inició su andadura profesional cuando la Mancomunidad comenzaba a introducir sus reformas, continuó durante la dictadura de Primo de Rivera, la República, la Guerra Civil y fue confirmado en su puesto de director de la institución durante la dictadura franquista, cargo que ocupaba desde 1934, tras una turbia autojustificación de las tareas desempeñadas durante la guerra (Campos, 2004: 106; Comelles, 2006: 170).

Pero donde mejor puede identificarse esta similitud de discursos es en torno a la función del dispensario. Los dispensarios psiquiátricos, organizados a semejanza de los antituberculosos, y secundados por una institución de asistencia social, no trabajarían a la demanda, sino penetrando en el medio social individualmente con el fin de “hacer llegar hasta el mismo enfermo o predispuesto, en su mismo ambiente, los consejos médicos higiénico-terapéuticos, y viceversa, conducir a los necesitados hasta los dispensarios para establecer contacto con la ciencia médica [...] proteger a los enfermos recién curados o mejorados [...] guiándoles en su nuevo camino hacia la reintegración social” (Torras, 1923: 25). A finales de los años veinte Gonzalo Rodríguez Lafora describía como una de las funciones primordiales del dispensario psiquiátrico: “Organizar un servicio social de visitadoras a domicilio para investigar los datos sobre circunstancias ambientales, herencia, antecedentes personales de los enfermos [...] seguir después su curso y tratamiento y comprobar si atienden las indicaciones del médico psiquiatra, e incitarles a repetir las consultas, si es preciso” (Rodríguez Lafora, 1928: 374). Este seguimiento de los pacientes dados de alta era propugnado en términos muy similares durante los primeros años del franquismo, al insistir que estos deben “atenderse por los médicos [...] auxiliados por las enfermeras visitadoras”, con el fin de “completar su obra en la asistencia extramaneicomial” (Figuerido, 1942: 159).

Finalmente, merece la pena reseñar la comunicación que Juan Pedro Gutiérrez Higuera presentó al Primer Congreso Nacional de Sanidad, celebrado en 1934. Tomando como punto de partida algunos problemas surgidos en el proceso de puesta en funcionamiento del Dispensario de Higiene Mental de Jaén, fundado en 1931 con el inicio de la reforma republicana, el autor

delimita lo que, a su juicio, deben ser las funciones de dichos establecimientos y termina proponiendo algunos criterios para la organización de los mismos. En consonancia con las ideas del momento, insiste en que:

Su objetivo genuino [el del Dispensario] es organizar la profilaxis y asistencia extramural de las afecciones psíquicas; para conseguirlo tratará de crear o incrementar un ambiente de comprensión y de interés hacia estas cuestiones, procurando la elevación de la cultura médico-psiquiátrica, elaborando una correcta estadística, actuando, con sus consejos, en la familia, la escuela, el taller; contribuyendo a la lucha contra los tóxicos y la sífilis; postulando la mejora de las condiciones higiénicas del trabajo; iniciando el consejo prematrimonial y realizando, en fin, una intensa labor clínica para el diagnóstico y tratamiento precoces de los procesos psíquicos, a cuyo objeto aconsejará internamientos oportunos y los facilitará, con su intervención y relaciones, en los Centros hospitalarios (Gutiérrez Higuera, 1935: 125).

Planteamientos que serán repetidos, punto por punto, por Pedro Camy en un importante artículo sobre “La asistencia psiquiátrica nacional”, publicado en 1943, en la revista *Ser*, órgano de la medicina social falangista:

Además de la asistencia extramural, la profilaxis de las afecciones psíquicas, mediante la intervención del psicopatólogo en la familia, en la escuela o en el taller; contribuyendo de acuerdo con la *Obra de Perfeccionamiento Médico*, mediante cursillos adecuados, a la elevación de la cultura médico-psiquiátrica; protegiendo las campañas contra los tóxicos y la sífilis, organizando el consejo prematrimonial, e interviniendo en las condiciones higiénicas de trabajo; y mediante el consejo del internamiento prematuro, facilitar el pase de los enfermos que correspondan a las clínicas neuropsiquiátricas (Camy, 1943: 76).

El artículo de Camy resulta muy revelador de la amalgama de ideas con las que los profesionales habían de manejarse: por un lado, como ya quedó señalado, en el plano ideológico se recurre a una retórica nacionalcatólica muy explícita en la que se defiende “la concepción totalitaria del Estado” y la “revolución encarnada por la Falange” (Camy, 1943: 69), así como la necesidad de “reintegrar al médico español en la concepción de los eternos valores” para que la asistencia psiquiátrica sea “orientada por una fundamental catolicidad” (Camy, 1943: 73); pero, por otro lado, en el aspecto técnico se repiten, como acabamos de ver, argumentos formulados y asumidos en la anterior etapa política, e incluso se citan autores como el comunista Emilio Mira o como Tomás Busquet, uno de los más claros inspiradores de la organización de los servicios psiquiátricos republicanos (Huertas, 2003: 46). Incluso Vallejo Nágera, más conocido en la historiografía por su faceta ideológica que por su actividad clínica (Huertas, 2012; Campos y Huertas, 2012), coincide en que “el Dispensario cumple una misión social, porque es en él donde más fácilmente puede ponerse en contacto el alienista con enfermo y familia para la difusión de los preceptos de la higiene mental respecto a los problemas relacionados con la herencia, el matrimonio, la profesión y semejantes” (Vallejo Nágera, 1944: 80).

Todo esto denota que la concepción asistencial se mantuvo en el discurso de los profesionales más allá de sus adscripciones políticas. Desde el punto de vista de la organización asistencial, las primeras iniciativas del régimen se encaminaron a proseguir con la implantación de dispensarios iniciada en los años de la República. Un Decreto de 1943 aprobaba la creación de nuevos dispensarios de higiene mental en los Institutos Provinciales de Higiene. Tal como se explicaba en su preámbulo, los dispensarios permitirían “obtener curaciones y remisiones en un tanto por ciento muy elevado”, pero, sobre todo, tendrían “también un positivo beneficio económico para los organismos oficiales, que verían disminuir el número de enfermos en régimen de internado en establecimientos psiquiátricos” (BOE, 11 de junio de 1943: 5637).

Sin embargo, este efecto no solo no se produjo, sino que la tasa de

enfermos mentales acogidos en establecimientos sanitarios no dejó de aumentar, al menos hasta finales de la década de 1960 (De Miguel y Oltra, 1971: 5). Es fácil deducir, en este sentido, que una cosa es que el discurso teórico sobre el modelo asistencial fuera similar antes y después de la Guerra Civil y otra muy distinta que sus realizaciones prácticas y la voluntad política de llevarlas a cabo fueran equiparables.

En todo caso, a pesar de la importancia otorgada, al menos sobre el papel, a los dispensarios, no parece que estos constituyeran un elemento central en el conjunto de los dispositivos asistenciales. Destacados psiquiatras del régimen consideraban que la labor en el dispensario siempre ocuparía un lugar secundario en el abordaje terapéutico de los pacientes mentales. Así, para Ramón Sarró: “Por grande y justificado que sea el entusiasmo que despierte la asistencia extramural, esta solo puede abreviar la reclusión, en modo alguno eliminarla” (Sarró, 1940: 42). Tan solo determinadas patologías menores podrían ser atendidas en el marco de la psiquiatría de gabinete (dispensario o consulta privada), como las psicosis mitis (psicosis mitigadas, con leves y transitorias alteraciones de la conciencia y conservación de las funciones lógico-críticas) (Marco Merenciano, 1946), o como esa “pequeña clientela psicopática” (psicosis larvadas o incipientes, neuróticos, distímicos, etc.) que podría, según Vallejo Nágera, “beneficiarse superlativamente del Dispensario, en el que los pacientes hallan consejos para la conservación del equilibrio psíquico”, lo que, curiosamente, no le impide abogar por que el dispensario sea también el lugar donde llevar a cabo “tratamientos ambulatorios en enfermos mentales no necesitados de internamiento sanatorial, pero que tampoco pueden recibir en su domicilio el tratamiento a causa de su complejidad técnica, verbigracia, el electrochoque” (Vallejo Nágera, 1944: 80).

Junto a los dispensarios, se propone también la fundación de policlínicas neuropsiquiátricas dependientes de la Obra “18 de Julio” o del Seguro Obligatorio de Enfermedad (Camy, 1943). Como se sabe, dicho Seguro de Enfermedad, creado en 1942 e implantado en 1944, llegó a poner en funcionamiento unas consultas ambulatorias de neuropsiquiatría (Reglamento, 1948), pero nunca ofreció cobertura a los pacientes mentales ingresados en las

instituciones psiquiátricas, fueran estas públicas o privadas. En relación a las instituciones públicas, la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 1944, señalaba en su base decimoquinta la responsabilidad del Estado en la Dirección técnica de la Asistencia psiquiátrica a través del Ministerio de la Gobernación lo que contemplaba tanto los dispensarios como las distintas modalidades de frenocomios, desde los manicomios u hospitales psiquiátricos hasta los departamentos neuropsiquiátricos de los grandes hospitales o las clínicas universitarias (BOE, 26 de noviembre de 1944: 8920).

Son, precisamente, las clínicas neuropsiquiátricas las que se empiezan a postular como el “eje central” de la asistencia, debiendo estar presentes en todas las Facultades de Medicina y en todos los hospitales provinciales (Camy, 1943: 75). Las clínicas psiquiátricas universitarias llegarán a tener una gran importancia, apareciendo vinculadas a la práctica privada (Comelles, 1988: 13). Un buen ejemplo es la función de clínica universitaria desempeñada por el Sanatorio de San José de Ciempozuelos, institución privada perteneciente a la Orden de San Juan de Dios que Vallejo Nágera dirigió entre 1930 y 1959. A partir de 1947, tras ser nombrado catedrático de la disciplina en la Universidad de Madrid, la clínica de Ciempozuelos se convirtió en el servicio clínico de la cátedra (Casco, 1999: 88).

Al comienzo de estas páginas aludíamos a las declaraciones de José Alberto Palanca, director general de Sanidad hasta 1957, y de su sucesor en el cargo, Jesús García Orcoyen, reconociendo el estado de absoluta precariedad y abandono de la asistencia psiquiátrica en el país, y no podemos concluir sin aludir a la creación en 1955 del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), cuya función debía ser “organizar con sentido de modernización y perfeccionamiento la asistencia psiquiátrica en España, en su fase profiláctica, curativa y asistencial, constituyéndose en un organismo que establezca los principios controles y normas por los que debe referirse la reforma” (BOE, 15 de abril de 1955: 2374). Una pretendida reforma en la que el PANAP tendría labores de inspección, coordinación, planificación y asesoría. Es evidente que, al menos en estas formulaciones iniciales, el PANAP recuerda al Consejo Superior Psiquiátrico de la República, por más que la si-

tuación política y social fuera muy diferente. Aunque no contamos con un estudio histórico en profundidad de lo que pudo suponer el PANAP, diversos autores coinciden en que, si se hubieran cumplido y desarrollado sus enunciados programáticos, habría tenido una repercusión notable en la asistencia. Pero su ineficacia quedó patente desde el principio pues no tuvo jurisdicción más que sobre sus propios centros, que suponían una parte muy pequeña del conjunto del sistema asistencial. El propio general Palanca se lamenta en sus memorias de qué manera se vació de contenidos la ley sobre la creación del PANAP:

El Presidente de las Cortes, D. Esteban Bilbao, me llamó muy alarmado. Había quien tenía una porción de casas de asistencia psiquiátrica y no quería someterse en nada a los preceptos de la ley que proyectábamos. Ni a inspección, ni a capacitación personal, ni a nada. Hubo muchas reuniones, tuvimos que ceder en muchos puntos y, al final, se aprobó la Ley; pero con las modificaciones sufridas, aquello no marcaba un progreso en la asistencia psiquiátrica. Pero, en fin, se cumplió la fórmula. Como nuestro papel resultaba desairado, defendiendo en las Cortes una Ley que teníamos la conciencia de que serviría para poco, fui yo el encargado de cargar con la responsabilidad, y como Dios me dio a entender subí a la tribuna, la defendí y se aprobó (Palanca, 1963: 181).

La impotencia, y la sumisión, del director general de Sanidad ante las presiones del sector privado resultan evidentes. El PANAP nacía con serios déficits de partida y con la imposibilidad de acometer las tareas para las que en un principio parecía estar concebido. Manuel Cabaleiro, director del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) fundado por el PANAP en 1959, se lamentaba en uno de sus primeros informes del escaso apoyo político y económico recibido (Cabaleiro, 1959; Simón y Ferrer, 1999: 61). En buena medida, el PANAP se limitó a poner en marcha una serie de actividades como cursillos, seminarios y la edición de diversas publicaciones que tuvieron escasa repercusión en la realidad asistencial del país, aunque no dejan de ser interesantes algunas iniciativas asistenciales

que, ya en los años setenta, y por tanto en una época posterior a la que nos ocupa, dieron lugar a experiencias piloto de sectorización psiquiátrica bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Sola, 1974; Simón y González, 1997). En todo caso, como ya he indicado, queda por hacer una historia del PANAP que estudie en profundidad sus actuaciones y el verdadero alcance de las mismas no solo en lo asistencial sino también en la configuración de la cultura psiquiátrica de los profesionales del segundo franquismo.

Para un epílogo

Si nuestro punto de partida era preguntarnos hasta qué punto la psiquiatría española anterior y posterior a la Guerra Civil tenía elementos de ruptura o discontinuidad, creo que podemos concluir que habría que distinguir distintos niveles de análisis y diferentes escenarios, como el político y el profesional, el ideológico y el técnico. Podemos estar de acuerdo con autores que afirman que “la idea de que la ruptura y novedad que supuso el franquismo en la psiquiatría española afectó más [...] a la forma que a su contenido” (Dualde, 2004: 141), o con los que aseguran que “la posición teórica de los psiquiatras franquistas era parecida, aunque con matices, a la de los republicanos” (Comelles, 1988: 155). Por estas razones, resulta comprensible que, como hemos visto, al margen de la retórica autoritaria y nacionalcatólica del primer franquismo (lo que no es una cuestión menor), los planteamientos técnicos y científicos de los profesionales fueran, hasta cierto punto, similares. Pero estas continuidades discursivas no pueden hacernos relativizar la brutal fractura que supuso en la vida de los españoles la guerra y el inicio de la dictadura franquista. Me parece que, en el ámbito de la asistencia psiquiátrica, la diferencia fundamental, que sí supone una ruptura incuestionable, es la falta de voluntad política del Nuevo Estado para organizar una atención a los sujetos con trastornos mentales digna y eficaz. La falta de gasto público, el deterioro de las infraestructuras o la escasa coordinación entre niveles asistenciales, junto con el peso de los intereses privados, fue

propiciando una precarización cada vez mayor de la asistencia pública que tuvo muy prolongadas consecuencias. Un informe técnico todavía advertía en 1980 que “la asistencia psiquiátrica es preferentemente benéfica, custodial, defensiva de la sociedad y segregada de la Asistencia Sanitaria General [...]. Hasta el momento actual se ha dedicado muy escasa consideración a aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitadores y epidemiológicos en contraste con la creciente morbilidad psiquiátrica” (Rendueles, 1980: 131).

Tampoco puede sobrevalorarse, y menos mitificarse, la reforma republicana, por más que fuera represaliada e ignorada por el poder franquista. Por un lado, no dio tiempo a que la reforma de la Segunda República se desarrollara y no sabemos el alcance real que la misma podría haber llegado a tener; por otro, en el plano legislativo, el Decreto de 1931 se mantuvo durante todo el franquismo permitiendo un funcionamiento manicomial acorde con el estado autoritario impuesto. Finalmente, el papel de vigilancia y control que algunos autores han querido ver en la “red pseudo-policial de control social a través de dispensarios y campañas colectivas, con los que se detectarían focos posibles de peligrosidad y distorsión de la higiene de la raza” (Polo Blanco, 2006: 119), resulta discutible al menos por dos motivos, en primer lugar por el ya comentado escaso interés del régimen por la salud mental y porque ya la policía franquista —la Brigada Político-Social fue creada en 1941— (Batista, 1995) y toda su red de colaboradores y delatores debía bastarse para vigilar y controlar a la población sin recurrir a los psiquiatras; pero en segundo lugar, porque la psiquiatría franquista no surgió de la nada para ponerse al servicio de una ideología totalitaria, sino que sus planeamientos teóricos y técnicos tenían, como hemos visto, una larga tradición que era asumida por los profesionales con independencia de su filiación política. Todo ello sin contar con que, desde un punto de vista conceptual, es preciso señalar que las funciones de vigilancia epidemiológica de los dispensarios deben perseguir el diagnóstico precoz y la prevención de las enfermedades, por eso interpretar siempre este tipo de actividades en clave de control social represivo es, cuando menos complejo y arriesgado. Otra cosa es que dichas actividades preventivas se desvirtúen o que la estructura asistencial no sea eficaz.

Una última reflexión sobre el alcance de la reforma psiquiátrica republicana y sobre su posible sobrevaloración me parece obligada. Existe una amplia historiografía en torno a lo que se ha dado en llamar la “edad de plata de la ciencia y la cultura españolas” (Mainer, 1987) que ha sido aplicada también a la medicina mental, pero Luis Valenciano Gayá, un psiquiatra que vivió ambas etapas históricas que sufrió el exilio interior (Cerón, 1996: 45 y ss.) y que mantuvo durante el franquismo un prestigio incuestionable (Marset, 1985), aseguraba que “no sería adecuado calificar esa época de ‘edad de oro’, sino más bien de ‘edad de piedra, argamasa y ladrillo’, porque de lo que se trataba era de poner los cimientos y las paredes maestras de lo que apenas existía: una Ciencia Psiquiátrica española y una asistencia al enfermo mental justa y eficaz” (Valenciano, 1981: 47).

El símil me parece muy acertado porque lejos de minimizar los logros de la reforma republicana, la sitúan en una etapa de construcción, con sus luces y sus sombras, con sus aciertos y sus errores, pero con la clara voluntad política, al menos durante el primer bienio y durante la etapa del Frente Popular, de sentar los cimientos de lo que podría haber sido una profunda transformación de la atención psiquiátrica. Argamasa y ladrillo que faltó de manera muy notoria en la posguerra, en aquel tiempo de silencio en el que las propuestas técnicas fueron papel mojado y las soflamas ideológicas difícilmente pudieron contribuir al desarrollo de una política asistencial coherente. Resulta imprescindible “tener presente los supuestos políticos que alimentaban la psiquiatría franquista” (Campos, 2015: 108), porque a pesar de ciertas continuidades, como las que hemos intentado analizar a lo largo de este capítulo, me parece que las rupturas son más profundas, más rotundas y concluyentes. Las diferencias en la intencionalidad última de las políticas de salud mental me parecen evidentes y están en clara relación con la voluntad, una vez más, política para llevarlas a cabo. Estas diferencias resultan fundamentales para reconocer la relevancia histórica que, sin duda y más allá de cualquier idealización, tuvo la psiquiatría republicana, pero también los impedimentos y dificultades por los que pasó la psiquiatría durante el primer franquismo.

Bibliografía

Aparicio

, V. (1993): “La reforma psiquiátrica de 1985”, en V. Aparicio (coord.), Evaluación de Servicios de Salud Mental, AEN, Madrid, pp. 127-183.

Aparicio

, V. y

Sánchez

, A. E. (1997): “Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986)”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 17 (61), pp. 125-145.

Barrios

, L. F. (2012): “La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales”, Derecho y Salud, 22 (1), pp. 31-56.

Batista

, A. (1995): Brigada Social, Empurie, Barcelona.

Bercovitz

, R. (1976): La marginación de los locos y el derecho, Taurus, Barcelona.

BOE (1941): “Orden de 3 de noviembre de 1941 por la que se aprueba el Reglamento Orgánico para el régimen y gobierno interior del manicomio de Leganés”, 311, 7 de noviembre, pp. 8697-8701.

(1943): “Decreto de 24 de mayo de 1943 por el que se aprueba la creación de Dispensarios de Higiene Mental”, 162, 11 de junio de 1943, pp. 5237.

(1944): “Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional”, 331, 25 de noviembre, pp. 8908-8936.

(1955): “Ley de 14 de abril de 1955 sobre creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica”, 1015, 15 de abril, pp. 2374-2377.

— (1983): “Ley 13/1983 de 24 de octubre de Reforma del Código Civil en materia de tutela”, 256, 26 de octubre, pp. 28932-28935.

(1990): “Sala Segunda. Sentencia 104/1990, de 4 de junio”, 160, suplemento, 5 de julio, pp. 9-12.

Boletín Oficial de las Cortes Generales (2013): “

Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal”, Serie A, 66-1, 4 de octubre, pp. 1-100.

Busquet

, T. (1925): “Organización técnica de los servicios provinciales de dementes”, *Psiquiatría*, 4 (1), pp. 1-19.

Cabaleiro

, M. (1959), *Memoria Dirección Médica, Hospital Toén, PANAP*.

Campos

, R. (1997): “Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936)”, *Asclepio*, 49 (1), pp. 39-59.

(2004): “La psiquiatría en la ciudad. Higiene mental y asistencia extramanicomial en la década de 1920”, *Frenia*, 4 (1), pp. 101-111.

(2007): “¿Psiquiatría para los ciudadanos o psiquiatría para la represión? El problema de la peligrosidad del enfermo mental en España (1920-1936)”, en R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (coords.), *De la Edad de Plata al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española*, Frenia, Madrid, pp. 15-36.

(2015): “Psiquiatría republicana vs. Psiquiatría franquista. Rupturas y continuidades (1931-1950)”, *Letra internacional*, 121, pp. 105-128.

Campos

, R. y

Huertas

, R. (2012): “Medicina mental y eugenesia: los fundamentos ideológicos de la psiquiatría franquista en la obra de Antonio Vallejo-Nágera”, *Historia del Presente*, 20 (2), pp. 11-21.

Camy

, P. (1943): “La asistencia psiquiátrica nacional”, *Ser*, 22, pp. 69-76.

Casco

, J. (1995): “Autarquía y nacionalcatolicismo”, en VV AA, *Un siglo de psiquiatría en España*, Extraeditorial, Madrid, pp. 197-226.

(1999): “Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización”,

en F. Fuentenebro et al. (ed.), *Psiquiatría y cultura en España en un tiempo de silencio*, Necodisne, Madrid, pp. 85-130.

Cerón

, C. (1996): Luis Valenciano, psiquiatra, Universidad de Murcia, Murcia.

Cobrerros

, E. (1981): “Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales”, *Revista de Administración Pública*, 94, pp. 135-172.

Comelles

, J. M. (1988): *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, PPU, Barcelona.

— (2006): *Stultifera navis. La locura, el poder y la ciudad*, Milenio, Lérida.

Conseglieri, A. (2013): *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico-asistenciales*, UCM, tesis doctoral inédita.

Conseglier

i, A. y

Villasante

, O. (2007): “Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27, pp. 119-141.

De Castro

, F. (1951): *Derecho Civil de España. Tomo II. Derecho de la persona. Parte Primera. La persona y su estado civil*, Instituto de Estudios Políticos, Madrid.

De Miguel

, J. M. y

Oltra

, B. (1971): “Para una sociología de la salud mental en España”, Revista Española de la Opinión Pública, 24, pp. 3-22.

Dualde

, F. (2004): “La profilaxis de la enfermedad mental en la psiquiatría franquista: esquizofrenia, eugenesia y consejo matrimonial”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 24, pp. 131-161.

—

(2007): “Legislación y asistencia psiquiátrica durante el franquismo: consideraciones particulares acerca de la esquizofrenia”, Cronos, 10, pp. 89-136.

Echeverría

, J. (1948): Notas para el estudio psiquiátrico de Guipúzcoa, Excma. Diputación de Guipúzcoa, San Sebastián.

Escalas

, J. (1938): “La asistencia psiquiátrica en España. Abril 1938. II Triunfal”, informe mecanografiado de 46 páginas. Encargo del Camarada Jefe de Sanidad de Falange Española Tradicionalista delegado de Baleares.

Escalas

, J. y

Villalonga

, L. (1942): “Los doctores Escalas y Lorenzo Villalonga presentan la siguiente solicitud”, Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, 3 (3-4), pp. 172-173.

Espino

, A. (1980): "La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial", *Estudios de Historia Social*, 14, pp. 59-106.

—

(1987): "La reforma psiquiátrica en la II República española", en R. Huertas, M. I. Romero y R. Álvarez (coords.), *Perspectivas psiquiátricas*, CSIC, Madrid, pp. 221-230.

Espinosa

, J. (1997): "El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código Penal", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17 (64), pp. 607-625.

Figuerido

, C. (1942): "Organización de la asistencia familiar", *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3 (3-4), pp. 157-162.

Gaceta de Madrid (1931):

"Decreto de 3 de julio de 1931 dictando reglas relativas a la asistencia de enfermos psíquicos", nº 188, 7 de julio, pp. 186-189.

— (1935):

"Decreto de 31 de mayo de 1935 por el que se autoriza a presentar a las Cortes un Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional", nº 153, 2 de junio, pp. 1887-1888.

García

, R. (1992): "El estado actual de la cuestión psiquiátrica en España", en F. Álvarez-Uría (ed.), *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*, Endymion, Madrid, pp. 173-190.

García Orcoyen

, J. (1958): "Algunos aspectos sanitarios de España en el año 1958", *Medicamenta*, 31 (334), pp. 7-11.

González de Pablo

, A. (1987): “Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la postguerra española: la implantación de la escuela de Heidelberg en España”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7, pp. 633-647.

González Duro, E. (1978): *Psiquiatría y sociedad autoritaria. 1939-1975*, Akal, Madrid.

—

(2008): *Los psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos*, Península, Barcelona.

Gutiérrez Higuera

, J. P. (1935): “Normas para la organización de Dispensarios de Higiene Mental en los Centros terciarios de Sanidad”, *Primer Congreso Nacional de Sanidad*, Madrid 6-12 de mayo de 1934, Madrid, t. II, p. 125.

Huertas

, R. (1992): “La concepción de los servicios sanitarios públicos en la II República”, en R. Huertas y R. Campos (coords.), *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*, FIM, Madrid, t. II, 555-572.

—

(1994): “La nacionalización de los establecimientos psiquiátricos en la Segunda República Española”, *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 2 (2), pp. 139-156.

—

(1995): “El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España”, *Dynamis*, 15, pp. 193-210.

—

(1998a): “Una nueva Inquisición para un Nuevo Estado: psiquiatría y orden social en la obra de Antonio Vallejo Nágera”, en R. Huertas y C. Ortiz (eds.), *Ciencia y fascismo*, Doce Calles, Madrid, pp. 97-110.

(1998b): “Mental health and psychiatric care in the Second Spanish Republic”, *History of Psychiatry*, 9, pp. 51-64.

(2000): “Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la II República”, *Revista Española de Salud Pública*, 74, pp. 37-45.

(2002): *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*, Frenia, Madrid.

(2003): “El debate sobre la reforma psiquiátrica en el primer tercio del siglo XX”, *Átopos*, 2, pp. 43-53.

(2007): “Spanish Psychiatry –The Second Republic, the Civil War, and the Aftermath”, *International Journal of Mental Health*, 35 (4), pp. 61-72.

(2012): “De la higiene mental a la higiene de la raza. Psiquiatría y eugenesia en el nacionalcatolicismo español y su relación con Argentina”, en M. Miranda y G. Vallejo (eds.), *Una historia de la eugenesia. Argentina y las redes biopolíticas internacionales. 1912-1945*, Biblos, Buenos Aires, pp. 239-258.

(en prensa): “En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)”, *Dynamis*.

Huertas

, R. y

Campos

, R. (2013): “La medicina mental en la Segunda República española: Retóricas legitimadoras e iniciativas políticas”, en A. Gómez y A. Canales (eds.), *Estudios políticos de la ciencia. Políticas y desarrollo científico en el siglo XX*, Plaza y Valdés, México DF, pp. 81-104.

Jiménez Lucena

, I. (1997): “El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la Segunda República española”, *Asclepio*, 49 (1), pp. 193-215.

—

(1998): “El regeneracionismo sanitario y la Segunda República”, *Dynamis*, 18, pp. 285-314.

Lázaro

, J. (1998): “La fundación de la Liga Española de Higiene Mental (1926)”, en J. Castellanos, I. Jiménez Lucena y M. J. Ruiz Somavilla (coords.), *La medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y Estado*, Sociedad Española de Historia de la Medicina, Málaga, pp. 213-220.

—

(2000): “Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999)”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20, pp. 397-515.

López Ibor

, J. J. (1942): “La psiquiatría en España en la hora presente”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3 (1-2), pp. 15-25.

Mainer

, C. (1987), *La Edad de Plata (1902-1939)*, Cátedra, Madrid.

Marco Merenciano

, F. (1946): *Psicosis mitis. Los enfermos mentales que consultan con el internista*, Diana, Madrid.

Marset

, P. (1985): “Luis Valenciano Gayá. Un hombre a contrapelo de su tiempo”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5, pp. 416-426.

Mulet

, M. J. (2010): *Paisatge, ciutat i vida quotidiana. L'arxiu fotogràfic Escalas (Mallorca, 1894-1975)*, Obra Social de “Sa Nostra”, Caixa de Balears, Palma de Mallorca.

Palanca

, J. A. (1958): *Sociología sanitaria y medicina social en España. Discurso correspondiente a la apertura del curso académico 1958-59*, Universidad de Madrid, Madrid.

—

(1963): *Medio siglo al servicio de la Sanidad Pública, Cultura Clásica y Moderna*, Madrid.

Polo Blanco

, A. (2006): *Gobierno de las poblaciones en el primer franquismo (1939-1945)*, Universidad de Cádiz, Cádiz.

Reglamento de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, Instituto Nacional de Previsión, Madrid, 1948.

Rendueles

, G. (1980): “La psiquiatría asilar española”, en M. González Chavez (coord.), La transformación de la asistencia psiquiátrica, Mayoría, Madrid, pp. 131-149.

Rodríguez Lafora

, G. (1928): “Organización del dispensario psiquiátrico para grandes y pequeñas urbes”, El Siglo Médico, 82, pp. 373-376.

Roig

, A. et al. (2014): “Comentario sobre el proyecto de modificación del Código Penal en relación a las medidas de seguridad. Grupo de “Ética y legislación”, Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34 (121), pp. 149-172.

Sánchez

, A. E. (2000): “Responsabilidad, Ley, Salud Mental. Reflexiones en torno al nuevo Código Penal”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 20 (73), pp. 109-126.

Sánchez Vallejo

, J. (2013): La locura y su memoria histórica, Atlantis, Madrid.

Sarró

, R. (1940): Tratamiento moderno de las esquizofrenias, Colección Española de Monografías Médicas, Barcelona.

Simón

, D. y

Ferrer

, L. (1999), “Asistencia psiquiátrica en el primer franquismo: Ourense (1939-1959)”, Anales de Psiquiatría, 15 (5), pp. 202-222.

Simón

, D. y

González

, E. (1997): “Una visión de la asistencia psiquiátrica gallega en el siglo XX: Manuel Cabaleiro Goás”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17 (62), pp. 305-309.

Sola

, C. (1974): “Centro Piloto de Salud Mental (Madrid)”, *Salud Mental*, 0, pp. 19-22.

Torras

, O. (1923a): “Las modernas orientaciones de la asistencia a los enfermos mentales”, *Psiquiatría*, 2 (1), pp. 21-27.

—

(1923b): “Los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia”, *Psiquiatría*, 2 (4), pp. 22-29.

—

(1924): “El manicomio como agente terapéutico”, *Psiquiatría*, 3 (3), pp. 1-11.

Valenciano

, L. (1981): “Dos notas sobre historia de la psiquiatría en España”, *Estudios de Historia Social*, 16-17, pp. 41-48.

Vallejo Nágera

, A. (1938): “Pro Inquisición”, *Divagaciones intrascendentes*, Talleres Tipográficos Cuesta, Valladolid, pp. 104-107.

—

(1944): “Aspectos psiquiátricos del Seguro de Enfermedad”, *Ser*,

noviembre-diciembre, pp. 79-83.

Villasante

, O. (2003): "The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900)", *History of Psychiatry*, 14 (1), pp. 3-23.

CAPÍTULO 2

LA TEORÍA PSIQUIÁTRICA DURANTE EL PRIMER FRANQUISMO*2

Ángel González de Pablo

A pesar de las repercusiones de la Guerra Civil y la subsecuente dictadura sobre las instituciones docentes y de investigación y del “atroz desmoche” que se llevó a cabo con ellas, especialmente hasta 1945 (Claret Miranda, 2006), la producción bibliográfica psiquiátrica mantuvo, mal que bien, un cierto nivel, tanto en originales como en traducciones, durante la larga posguerra. Asimismo, aunque desaparecieron revistas que habían sido fundamentales para el desarrollo de la especialidad, como fue el caso de los Archivos de Neurobiología, que solo volvió a publicarse a partir de 1954 con considerables dificultades, aparecieron a lo largo de los años cuarenta y cincuenta nuevos medios que vehicularon la producción de los trabajos: en 1940, las Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, al principio con el nombre de Acta Española Neurológica y Psiquiátrica, dirigida por Juan José López Ibor; y, más adelante, la Revista de Psicología General y Aplicada, dirigida por José Germain, en 1946, y la Revista de Psicología Médica de Europa y América Latina, dirigida por Ramón Sarró, en 1953 (Casco Solís, 1999: 116-125).

Hubo, además, una cierta continuidad de contenidos, no obstante las diferencias ideológicas, en las publicaciones de antes y después del conflicto. Continuidad lógica, por otra parte, si se tiene en cuenta que tanto los psiquiatras más significados de la época republicana (Rodríguez Lafora, Sacristán, Sanchís Banús, Villaverde, Prados Such, Llopis, entre otros) como los de los de la primera época del franquismo (Vallejo Nágera, López Ibor, Sarró) compartieron una misma formación e influencia, básicamente germánicas, y que todos habían pasado por similares institutos de investigación y centros asistenciales europeos durante su periodo formativo (González de Pablo, 2015b; Castilla del Pino, 2007). Con

todo, el saber psiquiátrico producido en el primer franquismo, durante los años cuarenta y cincuenta, tuvo también sus peculiaridades, dada la sociedad autoritaria establecida por la dictadura donde surgió (Huertas, 2009; Castilla del Pino, 1977).

El motivo de este trabajo consiste en analizar esas particularidades, evitando la realización de meros catálogos o listas de libros o trabajos, aunque ello conlleve a veces dejar de mencionar algunos. Para este fin se ha seguido como método la agrupación de los distintas aportaciones en torno a tres polos de referencia que influyeron en la sociedad y la ciencia del primer franquismo y catalizaron y mediatizaron decisivamente la producción de la literatura psiquiátrica: las penurias de la posguerra, la ideología católica y la preocupación por lo endógeno.

UNA PSICOPATOLOGÍA DE LAS PENURIAS DE LA POSGUERRA

Neurosis de guerra y nosografía psiquiátrica

Durante la Guerra Civil y la inmediata posguerra proliferaron en ambos bandos trabajos sobre las cuestiones psiquiátricas derivadas de la guerra. En ellos se buscó dar respuestas a una serie de problemas pertenecientes a su ámbito profesional: caracterización y clasificación de las neurosis de guerra, diagnóstico de las reacciones psicógenas de guerra, abordaje del temor belli, alcoholismo, detección de las simulaciones, caracterización de las secuelas psíquicas de los traumatismos y heridas cerebrales, asistencia psiquiátrica del personal militar y civil, psicología de guerra y selección del personal militar para distintas funciones, entre otros (Carreras Panchón, 1986; Abejaro de Castro, 1993: 187-238; Villasante, 2010; González de Pablo, 2015a).

En el caso del bando franquista destacó la confusión con los grupos

nosológicos utilizados para encuadrar los trastornos mentales observados. Unos emplearon el término de “psicosis de guerra” (Vallejo Nágera, 1942; González Pinto, 1942) y otros el de “neurosis de guerra” (Rojas Ballesteros, 1942; López Ibor, 1942a y 1942b). Dicha confusión puso de relieve las insuficiencias de la nosología kraepeliniana para encajar los trastornos mentales observados en la contienda, opinión referida, por otra parte, tanto por los psiquiatras franquistas (López Ibor, 1938: 38) como por los republicanos (Bermann, 1941: 143-144). Aunque se sugirieron distintas opciones —López Ibor propuso la sustitución de la clasificación kraepeliniana de las enfermedades, aprobada años atrás por el Consejo Superior Psiquiátrico, por la utilizada por entonces en la Deutsche Verein für Psychiatrie (DVP, Sociedad Alemana de Psiquiatría) (López Ibor, 1938: 38)— la cuestión nosográfica quedó abierta.

Los psiquiatras de ambos bandos también coincidieron en que no podía hablarse de trastornos psicológicos de guerra específicos, es decir, que la guerra no habría originado entidades psiquiátricas distintas de las de la vida civil (Vallejo, 1939: 99; Rojas Ballesteros, 1942: 90). López Ibor concedía únicamente la posible existencia de unas “esquizofrenias inaparentes”, compensadas en circunstancias normales y que se exacerbarían con el conflicto (López Ibor, 1942b: 25-26). Solo Mira i López describió una enfermedad mental específica de la guerra: la psicorrexis, una forma de ansiedad maligna de evolución mortal que afectaría a sujetos exhaustos y con gran labilidad vegetativa (Mira i López, 1939: 1.218). Este proceso fue negado por la psiquiatría franquista (Vallejo Nágera, 1942: 31-32; López Ibor, 1942b: 18-21) y el propio Mira dejó de mencionarla posteriormente en su libro sobre la psiquiatría de guerra (Mira i López, 1944).

Aun así, los trabajos psiquiátricos de guerra republicanos y franquistas contribuyeron al estudio de la variabilidad de los fenómenos neuróticos. La aportación más completa del bando franquista, la *Neurosis de guerra*, de López Ibor, contiene una buena clasificación de esa versatilidad (López Ibor, 1942b: 15-40), similar a la de las mejores del bando republicano (Bermann, 1941: 193-194), aunque otros capítulos de dicha obra fueran bastante insustanciales. El dedicado a la “Psicología de guerra”, por ejemplo, quedó bastante lejos de las aportaciones de Mira i López en el

terreno de la guerra psicológica (Carreras Panchón, 1986: 20-24).

Hambre y psicosis única

La literatura psiquiátrica de guerra —tanto la franquista como la republicana— sostenía, como hemos visto, que las psicosis no habían aumentado por causas específicas de la guerra, aunque sí podían haberlo hecho por causas derivadas de ella, como las heridas y traumatismos craneales o el hambre. López Ibor consideraba, así, que la mayoría de las psicorrexis descritas por Mira habrían sido probablemente casos de psicosis pelagrosa (López Ibor, 1942b: 20). Y es muy posible que no anduviera descaminado, pues la pelagra fue la enfermedad carencial con mayor prevalencia durante la Guerra Civil. En Madrid, la carencia de alimentos por el asedio al que fue sometida la población originó una “epidemia” de pelagra con una extensión y gravedad desconocida hasta entonces.

Bartolomé Llopis fue el psiquiatra que más fructíferamente estudió los trastornos psíquicos originados por la pelagra durante la guerra y la inmediata posguerra. Llopis perteneció al “exilio interior”, ese extenso y heterogéneo grupo de científicos que permaneció en España tras la guerra, aunque contrario o indiferente a los valores del fascismo o del falangismo, y que convivió con los adictos al régimen, el cual empezó ejerciendo sobre ellos una represión con diversos grados de violencia, posteriormente pasó a contemplarlos con indiferencia y, finalmente, sobre todo a raíz del nombramiento en 1951 de Joaquín Ruiz-Jiménez como Ministro de Educación Nacional, llegó a tener hacia ellos una actitud ligeramente inclusiva, al menos hacia los que no representaban una amenaza o mostraban una oposición directa.

Llopis experimentó ese recorrido (Lázaro, 2003). Militante de Izquierda Republicana desde 1934 y capitán médico del Ejército de la República, afrontó un expediente de depuración en 1940 por el que se le inhabilitó para la práctica de la medicina durante cuatro años (durante los que trabajó como telegrafista). En 1944 fue

rehabilitado y en 1946 ocupó interinamente la plaza de Jefe clínico, a las órdenes de López Ibor, del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Madrid, dirigiendo la Sección de Hombres hasta 1950, fecha en que cedió voluntariamente la dirección a su maestro, Gonzalo Rodríguez Lafora, tras la vuelta de este del exilio mexicano. En 1962 fue nombrado director del Hospital Psiquiátrico de Alcohete (Guadalajara), allí ejerció durante sus dos últimos años de actividad profesional asistido por su discípulo Antonio Colodrón.

Pues bien, Llopis analizó un total de 118 pacientes para su estudio de las alteraciones psíquicas de la pelagra. 73 eran casos graves de mujeres internadas por intensas perturbaciones psicóticas en la Clínica Psiquiátrica de Mujeres del Hospital Provincial, en donde Llopis fue médico-jefe de la sección de mujeres durante la guerra. Los 45 restantes eran enfermos ambulatorios, menos graves, de ambos sexos provenientes de la Policlínica de Enfermedades Carenciales de Grande Covián (Llopis, 1946: 11-12). Su estudio se fue moldeando en una serie de trabajos (Llopis, 1940; 1941; 1946 y 1954), en los cuales se concretaron sus dos aportaciones fundamentales: la descripción de la psicosis pelagrosa y su contribución a la teoría de la psicosis única mediante lo que denominó “síndrome axil común a todas las psicosis”.

Ambos logros estuvieron en realidad estrechamente relacionados. En efecto, Llopis observó dos hechos fundamentales en los casos de psicosis pelagrosa estudiados: que los estados psíquicos tanto los exógenos como los endógenos, eran esencialmente inespecíficos y que entre ellos existían transiciones cuantitativas en relación con la gravedad (Llopis, 1940: 174). Esta “transición insensible” permitía ordenar dichos estados o síndromes en una serie gradual: el síndrome axil pelagroso.

A partir de aquí, Llopis llegaría a una reflexión psicopatológica de carácter general y postuló que los estados psíquicos que componían el síndrome axil pelagroso eran esencialmente los mismos que se observaban sucesivamente en la neurastenia, la psicosis maníaco-depresiva o la paranoia, en la esquizofrenia y en las formas de reacción exógenas. Tal observación le autorizó a pensar que entre los estados psíquicos que se correspondían con estas enfermedades existían también transiciones graduales (Llopis, 1946: 184). Es

decir, que en toda psicosis se desencadenaba lo que podía llamarse el síndrome axil común a todas las psicosis, pero dicho síndrome se detenía en un determinado grado típico para cada psicosis. Así, en las psicosis endógenas, menos nocivas, se paraba en los primeros estadios del síndrome y en las exógenas, más nocivas, en los últimos. Por esta razón, en las psicosis exógenas podía contemplarse frecuentemente el desarrollo del síndrome axil en su totalidad (Llopis, 1946: 189). La psicosis pelagrosa fue aquí de gran utilidad, ya que en ella se podía asistir al lento desarrollo nítido de todos los estados del síndrome axil.

Llopis revitalizó mediante su síndrome axil la vieja doctrina de la psicosis única (Berrios y Beer, 1994; Huertas, 1999). Aunque hay que tener en cuenta que, al hablar de psicosis única, quería expresar que los síntomas psíquicos eran esencialmente los mismos en las diversas enfermedades. Llopis pensaba que el cerebro, de cuya afección dependían dichos síntomas, de forma similar a cualquier órgano, daba respuestas idénticas a todas las agresiones y que entre todas estas respuestas había una continuidad, una transición insensible. De tal manera que “los diversos cuadros psicóticos no representan más que grados diversos de intensidad del mismo trastorno fundamental” (Llopis, 1954: 2).

Las aportaciones psicopatológicas de Llopis se cuentan hoy entre las más originales de la psiquiatría de la posguerra (Huertas, 2006: 103-104). A pesar de ello, aunque tolerado, Llopis nunca formó parte de la psiquiatría “oficial” del régimen (Huertas, 2006: 106-107). Sin embargo, sus ideas entroncaron, al menos en parte, con las de autores de la talla de Henri Ey, Karl Menniger o Werner Janzarik, entre otros (Valenciano, 1970; Santo-Domingo, 1998; Llaneras Manresa, 2004). Colodrón, un firme convencido de la continuidad de los diagnósticos y su inevitable consideración unitaria (Colodrón, 1995: 31), quizás haya sido su principal seguidor en España.

Derrotados, marginados y psicopatología criminal

La Guerra Civil no solo produjo neurosis variadas y psicosis derivadas del hambre; también produjo prisioneros. Los prisioneros sirven, como poco desde la época ilustrada, para la experimentación científica. Y eso fue lo que hizo Vallejo Nágera, el por entonces jefe de los servicios psiquiátricos del ejército de Franco: experimentos psicológicos con prisioneros rojos (Huertas, 1996; Bandrés y Llavona, 1996). Vallejo creó en 1938 el Gabinete de Investigaciones Psicológicas de la Inspección de los Campos de Concentración de Prisioneros. El gabinete tuvo su sede en Burgos, en cuya proximidad se hallaba el campo de concentración de San Pedro de Cardena. El único trabajo de investigación emprendido por el gabinete se denominó “Biopsiquismo del Fanatismo Marxista” y se plasmó en una serie de artículos publicados en 1938 y 1939, en los que se muestra la influencia prioritaria de la biotipología de Kretschmer, a la que ya había recurrido el propio autor en otros trabajos (Vallejo Nágera, s. f. [1937]). En el primero (Vallejo Nágera, 1938a), explicitaba sus fines y métodos: establecer en los prisioneros relaciones entre las cualidades biopsíquicas —biotipo, reacción temperamental primaria (introversión-extroversión), temperamento e inteligencia— y el fanatismo democrático-comunista; para lo cual se realizaron las siguientes exploraciones, que estaban entre las más reputadas en los años treinta: determinación del biotipo según el esquema abreviado II de Kretschmer, psicobiograma de Kretschmer, test de introversión-extroversión de Neymann-Kohlstedt, diagnóstico de la reacción afectiva con el test de Marston-Mira y determinación del coeficiente intelectual mediante el método de Yerkes (Huertas, 1996: 116-118).

A pesar de que así constaba en el primer artículo, no se publicó ningún informe sobre presos españoles y los cinco informes siguientes se refirieron a brigadistas de distintas nacionalidades: hispanoamericanos (Vallejo Nágera, 1938b), norteamericanos (1939b), portugueses (1939c), ingleses (1939d) y británicos (1939e). La investigación se completó con un estudio sobre cincuenta presas españolas, internas en la prisión de Málaga, siguiendo una metodología similar a la empleada con los presos internacionales, aunque algo abreviada (Vallejo Nágera y Martínez, 1939; González Duro, 2008: 261-265).

Entroncando con una cierta tradición de la medicina mental,

rastreado como poco hasta mediados del siglo XIX, que tendía a descalificar psicopatológicamente la oposición política, la investigación de Vallejo situó la disidencia política dentro de la patología psicobiológica de forma exacerbada (Campos, 2013: 39; Bandrés y Llavona, 1996: 10), definiendo al marxista como una categoría antropológica psicopatológica (Huertas, 1996: 125). El marxista sería así un sujeto con características psicológicas innatas de carácter degenerado e inferior que, dadas determinadas circunstancias, se convertía en un psicópata fanático.

Estos argumentos psiquiátricos desafortunados sobre la predisposición congénita al marxismo, que hacían del disidente político algo muy semejante al viejo “criminal nato” lombrosiano, tuvieron vigencia durante la época álgida de la represión —el llamado “terror blanco” (Beever, 2005)— y posiblemente contribuyeron a la promulgación del arsenal legislativo represivo de esos años (Ley de responsabilidades políticas de 1939, Ley de depuración de funcionarios públicos de 1939, Ley para la represión de la masonería y el comunismo de 1940, entre otras disposiciones). Posteriormente, a partir de 1945 y la adaptación del franquismo a los nuevos tiempos, perdieron su fuerza como justificantes de la represión, aunque esta continuara ejerciéndose con diversos alegatos a lo largo de toda la dictadura (González Duro, 2008: 209-234).

Con todo, las investigaciones y la metodología de Vallejo dejaron una impronta, más que notable, en la elaboración de la psicopatología criminal de los primeros años del franquismo. Quizás el representante más señero en este campo fuese Francisco J. de Echalecu y Canino, quien dirigió el Servicio de Psicología Clínica en la cátedra de Vallejo y ejerció como neuropsiquiatra de la Dirección General de Seguridad, profesor de Psicología Criminal de la Escuela General de Policía, neuropsiquiatra del Consejo Superior de Protección de Menores y director de los servicios médicos del Patronato Nacional de Protección a la Mujer. Acabada la Guerra Civil, fue representante de España en la Comisión Internacional de Policía Criminal, el antecedente de la Interpol, que desde 1938 había pasado a ser controlada por las autoridades nazis y tenía su sede en Berlín (Bandrés, Llavona y Zubieta, 2013: 55). Realizó trabajos sobre la psicopatología de las prostitutas (Echalecu y

Camino, 1943) y fue autor, entre otras publicaciones, de un libro de texto sobre psicopatología (1946) y de una monografía sobre psicología criminal (1947).

En sus trabajos dedicados a la psicopatología criminal —en los que a partir de 1945 no se menciona ya explícitamente a los rojos, marxistas, comunistas o anarquistas como parte de la población criminal o de los psicópatas fanáticos, como había hecho en los previos—, Echalecu propuso, como era habitual en criminalística, la utilización del psicobiograma de Kretschmer, con diversas adaptaciones y modificaciones realizadas por él en la Clínica de Protección a la Mujer (Echalecu y Canino, 1946: 309-311), como instrumento fundamental de análisis de la tipología criminal. Su enfoque constitucional-biológico difería, claro es, del lombrosiano. Lombroso buscaba determinar la probabilidad con la que un sujeto podía convertirse en delincuente. El método constitucional-biológico analizaba al sujeto criminal efectivo y determinaba cómo se iba a configurar probablemente esa criminalidad (Bandrés, Llavona y Zubieta, 2013: 56). Aunque realizadas supuestamente con una finalidad preventiva y terapéutica, estos trabajos contribuyeron también a justificar el control y represión de la población marginal durante el primer franquismo, pues determinaron la aplicación por la policía franquista de instrumentos legales previos, como la famosa Ley de Vagos y Maleantes. La Gandula, como se la conocía popularmente, se empleó así para perseguir comportamientos que, sin estar tipificados como criminales o delictivos, resultaban inconvenientes para la sociedad de posguerra. Funcionó así, de facto, como un instrumento para el control de los más desfavorecidos y los asociales.

Por otro lado, la población marginal y desfavorecida en general no solo fomentó el desarrollo de la psicopatología criminal. También sirvió para el avance de otras vertientes de la psicopatología. En efecto, la abundancia de este material humano durante la posguerra y la especial incidencia del alcoholismo entre sus filas, hizo que los estudios psicopatológicos del delirio, en especial del *delirium tremens*, cobraran por entonces una considerable actualidad y finura. Ejemplo de ello son los trabajos de Llopis y Escudero (1948) sobre casos peculiares del *delirium tremens*; de Castilla del Pino (1948) en relación con la génesis neurológica de sus síntomas

psíquicos; o de Martín-Santos (1950a) acerca de la alucinosis alcohólica en tanto psicosis exógena que cursa con una sintomatología similar a las psicosis endógenas.

UNA PSICOPATOLOGÍA CREYENTE

La psicopatología de los primeros años del franquismo no solo estuvo mediatizada por la guerra, el hambre y la marginación. También tuvo otro rasgo distintivo: su marcado catolicismo (Huertas, 2009: 220-226). Rasgo ideológico que no puede extrañar dado que el catolicismo —el nacionalcatolicismo, como se le llamaría bastante más adelante— fue una de las señas de identidad del régimen (Ibáñez Salas, 2013: 79-83). Aunque perceptible desde 1943, la victoria aliada de 1945 forzó al régimen a tomar distancia de los fascismos derrotados acentuando su carácter católico (Gallego, 2014: 735-783). La confesionalidad del Estado quedó establecida definitivamente en la Ley de Sucesión de 1947, por la cual España se constituía como Estado Católico. Finalmente, la firma del Concordato con la Santa Sede, con la contrapartida de cuantiosos privilegios de variada índole otorgados a la Iglesia, supuso el respaldo definitivo al régimen por parte del Vaticano y constituyó uno de los apoyos fundamentales para su pervivencia (Di Febo y Juliá, 2012: 48-61).

La orientación católica de la psicopatología del primer franquismo, resultado inevitable de su impregnación de la sociedad española de posguerra potenciada por el régimen, provocó que arreciaran la voces críticas contra el psicoanálisis. Se afirmó que la doctrina freudiana estaba alejada de los “valores eternos” del cristianismo y ofrecía una visión del psiquismo “demasiado mezquina” (López Ibor, 1936: 13). Apoyándose fundamentalmente en Oswald Bumke, se criticó con frecuencia, entre otros aspectos, su pansexualismo y la restricción de la libido a pulsión de carácter eminentemente sexual (Malabia, 1941: 276); las limitaciones inherentes a su concepción del actuar humano como resultado de la confrontación entre el instinto de vida o Eros, regido por el principio del placer, y el

instinto de muerte o Tanatos, gobernado por el principio de destrucción (López Ibor, 1936: 105; Malabia, 1941, 276); o las carencias que implicaba una terapéutica basada en hacer consciente lo inconsciente (López Ibor, 1936: 136-137).

El psicoanálisis debía, por tanto, ser depurado y superado para aprovechar lo que de útil pudiera tener para la curación del neurótico. En esta tarea depuradora y superadora dos figuras adquirieron una especial relevancia para la psiquiatría del franquismo: Carl Gustav Jung, el fundador de la psicología analítica, y Viktor von Weizsäcker, el neurólogo e internista alemán fundador de la medicina antropológica.

En Jung, en la versión cristianizada que la literatura psiquiátrica de la época se encargó de propagar (Guerra Miralles, 1946a y 1946b), la libido se metamorfoseaba, ganaba riqueza y complejidad y se transformaba en un energía mental indeterminada que movía al desarrollo personal del individuo. Para Freud, la interpretación de los sueños consistía en ver las intenciones subconscientes ocultas del contenido manifiesto para llegar a desvelar así el deseo latente que albergaba. Para Jung, en cambio, el sueño permitía al subconsciente, sin la acción perturbadora de la conciencia, continuar su tranquilo o tumultuoso cauce profundo desde el cual regulaba las tendencias y posibilidades de la vida individual. A Freud le interesaba lo que el sueño trata de ocultar del pasado y a Jung lo que proyectaba para el futuro. De igual forma, el subconsciente no era, para Jung, un depósito donde se desplazaba lo que no conviene, lo reprimido, sino un vergel profundo que nutría al individuo de energías, iluminaciones y apetencias que sirven para estructurar su personalidad. Desde ese punto de vista, la neurosis podía incluso dejar de considerarse como una enfermedad para constituirse en un síntoma de que algo no va como debiera en el proceso de individuación, en esa fraguación del sí-mismo. Todo el pensamiento de Jung quedaba así adaptado al sentimiento cristiano.

Además, el alma en Jung era, como recogió Rof Carballo, por propia naturaleza religiosa: el subconsciente jungiano, en cuyo seno radicaba como imagen fundamental la imagen de Dios, buscaba oscuramente, con mil vueltas y revueltas, la forma de realizarse de forma completa; y esta es fundamentalmente religiosa. Así, mientras

que para el psicoanálisis freudiano, todo ideal elevado, religioso o no, no era más que una sublimación de las fuerzas instintivas, para Jung, el polo hacia el que se orientaba la actividad subconsciente era religioso (Rof Carballo, 1949: 60).

Por su parte, Viktor von Weizsäcker fue un autor de gran prestigio en la Alemania inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial, aunque luego decayó notablemente. A pesar de la complejidad de sus principales nociones —baste mencionar aquí las de “círculo figural”, “mutación funcional”, “pentagrama pático”, “antilógica” y “principio de la puerta giratoria” o la clasificación patocrónica de las enfermedades internas en neurosis, biosis y esclerosis— tuvo una más que notoria influencia en la psiquiatría española de los años cuarenta y cincuenta. Algunas de sus principales obras fueron bien traducidas durante aquellos — Problemas clínicos de la medicina psicosomática (en 1946), Clínica psicosomática: casos y problemas clínicos (en 1950), El hombre enfermo: una introducción a la antropología médica (en 1956)—; se informaba de su producción de manera pormenorizada en las revistas especializadas (Solé Sagarra, 1949); y, además, invitado por el CSIC, llevó a cabo en 1950 un viaje por España durante el que pronunció exitosas conferencias en diversas ciudades.

Pero quizás uno de los factores que más peso tuvo para su influencia fue el profundo sentido cristiano con el que Weizsäcker había asimilado y superado el psicoanálisis, utilizado como estación de tránsito en su trayectoria intelectual (Sarró, 1946: XXII; Sarró, 1956: XIV-XV). En efecto, como señalaba Sarró, Weizsäcker había dejado de lado en su obra los instintos, había sustituido la teoría estructural del psicoanálisis (yo, superyó, ello) por el círculo entre “lo pático y lo óntico” y además —lo que le convertía, a pesar de su protestantismo, en especialmente significativo para la psiquiatría del primer franquismo— rechazaba de plano la tesis ateísta sostenida por Freud en El porvenir de una ilusión y afirmaba abiertamente que ningún ser humano podía negar la divinidad, ni pública ni privadamente. Weizsäcker, a diferencia de Freud, postulaba “el misterio y lo divino en el hombre” y consideraba que este nunca podía ser dilucidado en su totalidad (Sarró, 1946: XIX-XX).

Weizsäcker, además, introdujo en la patología psicosomática una visión espiritualista. En efecto, para la patología psicosomática el alma o la psique (las emociones, si se prefiere) pueden jugar un papel mayor o menor en la aparición de la enfermedad. Pero Weizsäcker iba más lejos: pensaba que no solo influía el alma sino también el espíritu, ya que las emociones del enfermo derivarían a su vez de lo que el sujeto pretende ser, de la imagen que se haya formado de su misión en el mundo, es decir, de lo que Von Weizsäcker denominaba “orden vital” (Rof Carballo, 1949: 193).

La búsqueda de nuevas aproximaciones psicopatológicas a las neurosis acordes con el pensamiento cristiano que permitieran aprovechar el psicoanálisis y superarlo, como supuestamente lo habían conseguido la analítica existencial de Jung y la medicina antropológica de Von Weizsäcker, se expresó a lo largo del primer franquismo en tres intereses: la psicopatología de la afectividad o de la vitalidad, la patología psicosomática y la analítica existencial.

La psicopatología de la afectividad

La psicopatología de la afectividad cobró forma en torno a una serie de conceptos novedosos. El más significativo fue el de timopatía ansiosa. López Ibor delimitó esta noción durante la segunda mitad de los años cuarenta —fechas estas en las que el término “angustia” se dejó observar cada vez más asiduamente en la literatura psiquiátrica (Delgado Roig, 1946)— hasta dejarla establecida en su libro sobre La angustia vital (1950). Propuso en esta obra reservar la vieja denominación de “neurosis de ansiedad” —muy “contaminada” por el psicoanálisis— para los cuadros angustiosos psicogenéticos y utilizar la nueva de “timopatía ansiosa” para todos los restantes cuadros de ansiedad de naturaleza endógena. Nosográficamente, López Ibor incluyó la timopatía ansiosa en lo que Bumke había denominado círculo pánico-timopático, en donde este autor situaba casi exclusivamente la psicosis maníaco-depresiva. Ampliando la noción de Bumke, el círculo timopático englobaría para López Ibor la psicosis maníaco-depresiva y la

timopatía ansiosa, quedando esta última definida como un trastorno de la afectividad o del ánimo de origen endógeno en el que la ansiedad o angustia ocupaba el primer plano de la sintomatología y que debía tratarse con terapéuticas biológicas (de preferencia el choque acetilcolínico) (López Ibor, 1950: 32-33).

Según López Ibor, esta angustia patológica, en tanto autónoma (no reactiva, endógena), sería un sentimiento vital y podría denominarse, por tanto, angustia vital. En la angustia vital el sujeto sufría básicamente “la vivencia de la disolución de la personalidad” (experimentaría, por ejemplo, un miedo patológico a volverse loco o a perder el control de sus actos) (López Ibor, 1950: 352), Y, además, esta angustia vital tendía a cristalizar en diferentes síntomas psíquicos, neurológicos y, sobre todo, viscerales (López Ibor, 1950: 35 y ss.).

Aunque La angustia vital —considerada por entonces como la obra más enjundiosa de la psicopatología española— fue en realidad un libro bastante farragoso y demasiado extendido, la timopatía ansiosa de López Ibor fue una noción psiquiátrica original y de calado, clave para el desarrollo de la psicopatología de la afectividad (véase, por ejemplo: Núñez Sánchez, 1953). Constituyó un paso decisivo para la concepción de las neurosis, tan extendida en la España de posguerra, como patologías del ánimo y no como conflictos instintivos al modo freudiano, pues implicaba que la angustia no dependía de un trastorno de la libido, sino justo al contrario: el conflicto instintivo se producía por la previa existencia de un estado angustioso (López Ibor, 1966).

Bajo la timopatía ansiosa subyacía, además, una nítida ideología cristiana que la sustentaba y a la que servía de misionera (González de Pablo, en prensa). Supuso, por tanto, un nítido ejemplo de saber psiquiátrico científico acorde con la fe cristiana, ese ideal de la nueva ciencia del franquismo. Su diagnóstico, consecuentemente, apareció con asiduidad en la psiquiatría nacional durante las décadas de los años cincuenta y sesenta, siendo posteriormente sustituido por los de fobia simple, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de pánico o trastorno somatomorfo, más acordes con los nuevos rumbos y las nuevas terminologías que fue adquiriendo la psiquiatría (Rubio Valladolid y López Ibor, 2007).

La patología psicosomática

El desarrollo de la psicopatología de la afectividad estimuló a su vez el interés por la patología psicosomática. De hecho, el título de La angustia vital de López Ibor se completaba con un subtítulo entre paréntesis que rezaba Patología general psicosomática.

La medicina psicosomática como tal había visto la luz en los Estados Unidos en 1934 y de hecho ya había sido tomada en consideración antes de la guerra en algunos trabajos de Ramón Sarró (1936) y de Luis Valenciano (1936) en relación con la psicoterapia. Pero fue justo tras la finalización del conflicto, con la publicación del primer número en enero de 1939 de la revista *Psychosomatic Medicine*, el órgano oficial de la American Psychosomatic Society, y la repercusión que alcanzó el libro con este mismo título de E. Weiss y S. O. English aparecido en 1943, cuando la medicina psicosomática tuvo una verdadera difusión en España, aunque no exenta de prevenciones habida cuenta la resonancia que alcanzó en pocos años y que “amenazaba convertir lo que había de ser una orientación, una tónica general de toda la Medicina, en una simple secta de la misma” (Vallejo Nágera, 1949: 1).

En todo caso, la medicina psicosomática se concibió por la psiquiatría “oficial” de comienzos del franquismo como la confluencia del psicoanálisis (convenientemente depurado) y la medicina antropológica germánica en su interpretación española. En palabras del psiquiatra y falangista Marco Merenciano: “La patología psicosomática la definiría yo diciendo que es la invasión de la patología general (recuérdese que Von Weizsäcker provenía de la patología general) de los cascotes de destrucción del psicoanálisis y de la histeria” (Marco Merenciano, 1947: 224).

Aunque en principio pueda resultar paradójico, el rasgo más distintivo de la medicina psicosomática de la psiquiatría “oficial” del franquismo fue su somaticismo, lo que se debió sin duda a las

prevenciones que despertaba toda aplicación del psicoanálisis:

Más tan bello y prometedor conglomerado de teorías tiene una grave peligro [...], y es que, [...] han sido muy preferentemente los psiquiatras, especialmente psicoanalistas, quienes más decididamente y en mayor número se encuadraron entusiásticamente en las huestes psicosomáticas, y es lamentable ver cómo muchos de ellos [...], han llegado al otro extremo, rebasando con mucho los límites que la medicina psicosomática debiera tener, al aplicar la más pura ortodoxia psicoanalítica en la interpretación de todos los síntomas corporales, con un impudente olvido del factor somático que indudablemente, y es de sentido común, en toda afección somática ocupa preeminente lugar (Vallejo Nágera, 1949: 6-7).

Pero fue López Ibor quien más drásticamente dejó constancia de este sesgo somaticista de la medicina psicosomática, tal y como Martín-Santos señaló en su reseña crítica de *La angustia vital* (Martín-Santos, 1950b, 333). Como se vio más arriba, López Ibor no se contentó con aislar la timopatía ansiosa y dirigió su peculiar punto de vista al conjunto de la patología psicosomática, entendiendo el conjunto de esta bajo el modelo de la timopatía ansiosa. En los capítulos de *La angustia vital* dedicados a la medicina psicosomática señalaba que algunas de sus corrientes habían buscado determinar perfiles psicológicos específicos para cada determinada enfermedad, mientras que otras tendencias se centraban en la publicación de historias clínicas biográficas de casos individuales. López Ibor consideraba que ambos procederes eran demasiado esquemáticos y particularistas y que era necesaria una visión sintética. Con esta finalidad, estableció que existía un núcleo unificador en los distintos cuadros psíquicos que habían sido descritos como propios y característicos de diferentes enfermedades orgánicas. Dicho núcleo lo conformarían el conjunto formado por la ansiedad, las obsesiones y los impulsos agresivos. Y, dado que ese núcleo sería, en el fondo, una expresión de la alteración de la vitalidad, concluía que la patología de la vitalidad era, en realidad, una patología general psicosomática. Como, en su opinión, el

sustrato de las alteraciones de la vitalidad lo constituían las alteraciones diencefálicas funcionales de naturaleza endógena, se llevaba a cabo así por López Ibor una arriesgada “resomatización” de la patología psicosomática, dejando de lado lo que constituía la aportación esencial y novedosa de este movimiento: el componente psicogénico de las alteraciones orgánicas.

Más adelante, en uno de sus trabajos más extensos sobre la medicina psicosomática, volvería López Ibor a llamar la atención sobre esa “resomatización” diencefálica de la patología psicosomática:

Desde el punto de vista clínico, lo más importante es lo siguiente: en el diencefalo existen estructuras nerviosas encargadas no solo de regular las funciones vegetativas, sino también los afectos. [...] Entre estos diversos elementos se forman complejos distintos que [...] no son más que modelos esquemáticos de conducta. Claramente se ve la conducta agresora, la de huida [...], etc. En definitiva, pues [...], el diencefalo interviene en la regulación de lo que, en términos generales, llamamos instintos y sentimientos vitales. Si, por otro lado, se ponen en relación estos resultados neurofisiológicos con las experiencias clínicas actuales, se verá cuán justificado resulta señalar las interferencias entre la patología diencefálica y la patología psicosomática (López Ibor, 1960: 44).

Al extender el concepto de la timopatía ansiosa a la totalidad de la patología psicosomática, como señaló Rof, muchos trastornos psicosomáticos, muchos “desequilibrios vegetativos”, muchas “astenias constitucionales” tendrían también una raíz endógena, constitucional, y una vigencia perenne en la vida del enfermo. Lo cual, entre otras desventajas, permitía eludir, escudándose en ese carácter endógeno, la ingrata tarea de la psicoterapia y limitarse al esquematismo de una terapéutica orgánica (Rof Carballo, 1949: 272-273). De hecho, López Ibor señalaba, apoyándose en los testimonios de Stovkis y English, que solo entre un cinco y un diez por ciento de pacientes con alteraciones psicosomáticas se consideraban adecuados para alguna forma de psicoterapia

profunda (freudiana, jungiana o existencial) y preconizaba, consecuentemente, el tratamiento farmacológico de elección en la terapéutica psicosomática: “En el estado actual de la investigación [...] se trata [...] de dar un paso más en el camino de la terapéutica fisiodinámica o neurodinámica. La analogía que he señalado entre los trastornos endógenos del área ciclotímica [es decir, la timopatía ansiosa] [...] y los trastornos psicosomáticos, abre nuevas perspectivas a la terapéutica [farmacológica]” (López Ibor, 1960: 50).

Por otro lado, esta peculiar consideración somaticista y endógena de la medicina psicosomática por parte de López Ibor (compartida —como vimos— por la psiquiatría del franquismo ideológicamente más afín al régimen) se acompañó de una concepción de la psicoterapia también particular. A diferencia de Freud, para quien los síntomas neuróticos provenían de experiencias traumatizantes infantiles de índole sexual, López Ibor opinaba que se originaban en estados de ánimo perturbadores de los sentimientos vitales. De esta forma, la presencia de un estado de ánimo morbosos convertiría en traumatizante una experiencia que, sin mediar aquel, sería anodina. A este hecho le dio el nombre de “reacción cristalizada”. Dicha cristalización se realizaría siguiendo distintos modelos o patrones. La psicoterapia freudiana iría así dirigida a la liberación del sentimiento de responsabilidad mediante la reviviscencia de esas situaciones traumáticas de la infancia en el proceso de transferencia, mientras que para López Ibor esta disolución sería secundaria a la desaparición del trastorno vital o del ánimo por el cual se monta y la psicoterapia debía orientarse, pues, a producir dicha desaparición (López Ibor, 1957a: 27).

Con todo, el rasgo más distintivo de esta psicoterapia fue la querencia hacia su prolongación religiosa. La enfermedad, consideraba López Ibor, podía revelar a través de la angustia planos más profundos que los del “ello” de Freud o del “sí-mismo” de Jung (López Ibor, 1968). Si la psicoterapia llegaba a este “hondón” de la personalidad, adquiriría entonces un componente religioso y, de forma de curación, pasaba a ser vía de salvación o, al menos, de progreso en el camino hacia Dios del enfermo. Esta intersección entre la psicología terapéutica y la psicología religiosa fue abordada por López Ibor sobre todo en sus trabajos publicados en la Revista

de Espiritualidad, donde procedió a la búsqueda de lo que llamó en unos de ellos “la verdadera psicología profunda” (López Ibor, 1957b).

Este costado religioso de su práctica psiquiátrica se puso también de relieve en su asidua asistencia y participación a los Congresos de Psicología y Psicoterapia católicas, cuya celebración fue durante estas décadas reseñada con cierto detalle en su revista (Meseguer, 1953). Dichas reseñas, cuando la ocasión lo propiciaba, se acompañaban de material complementario, como fue el caso de la del congreso celebrado en Roma en abril de 1953, completada con el discurso íntegro de bienvenida de Pío XII a los asistentes, en el que se hacía hincapié en la idea del hombre como unidad trascendente que tiende a Dios y a la consiguiente necesidad de que la psicoterapia científica la considerara (Pío XII, 1953: 164-165).

La vinculación de la religión con la medicina y la psiquiatría no fue algo exclusivo del franquismo. Aunque, como se ha señalado al principio de este apartado, la incardinación de la religión en la ciencia y la medicina de los años cuarenta y cincuenta fue, en gran medida, un trasunto de la omnipresencia de la religión en la sociedad del primer franquismo y su utilización por el régimen como imagen icónica —“la católica España”— que ayudara a su supervivencia tras la derrota de los fascismos en la Segunda Guerra Mundial, en la Europa de posguerra, y por razones comprensibles dado el estado de desolación del continente, también se produjeron movimientos en este sentido. Uno de los que más repercusión tuvo fue el de la *Médecine de la Personne*, encabezado por el médico suizo Paul Tournier. Partiendo de la medicina psicosomática, Tournier pensaba que en el abordaje del paciente no solo había que considerar los aspectos orgánicos y psicológicos, sino también sus dimensiones espirituales. Logró concitar colegas de varias especialidades junto con filósofos para reflexionar sobre esta cuestión y formó un grupo de estudio ecuménico al que denominó *Médecine de la Personne*, que celebró su primera reunión en 1947 en Bossey (localidad suiza cercana a Ginebra), reunión que se ha venido repitiendo religiosamente todos los años desde esa fecha. En dicha reunión inaugural se estableció el Manifiesto de Bossey, en donde se plasmaron sus principios. En ellos se afirmaba que la salud va más allá de un mero no-estar-enfermo y es sobre todo la

resultante de un volverse a Dios en las tres dimensiones del hombre: el cuerpo, el alma y el espíritu; la enfermedad, a su vez, quedaba allí considerada como una disarmonía en la persona, pero también como una advertencia: una oportunidad para volverse a sí mismo y encontrarse con Dios.

El movimiento de la “Medicina de la Persona” hacía de la enfermedad una señal providencial y de la labor del médico una misión sacerdotal. Iba más allá, por tanto, como señaló Martín-Santos, de la medicina psicosomática y también más allá de la medicina antropológica de Von Weizsäcker: la medicina psicosomática consideraba el cuerpo y el alma; la medicina antropológica, a su vez, el cuerpo, el alma y el espíritu (con un sentido básicamente moral); y la medicina de la persona, por último, también el cuerpo, el alma y el espíritu (pero aquí con un sentido estrictamente religioso, como religación con la divinidad) (Martín-Santos, 1952: 182).

Pero, volviendo a la patología psicosomática, el mejor trabajo en este campo durante el primer franquismo no vino de los psiquiatras cercanos al régimen, sino de un médico internista distante de él: Juan Rof Carballo. Este “sabio callado”, como le denominó Francisco Umbral (1994) —a quien trató profesionalmente—, que “estaba entre Freud de la calla Ayala y curandero galaico” (Umbral, 1983), tuvo una sólida formación germánica en los laboratorios de hematología, anatomía patológica y patología experimental de los principales centros españoles y europeos (Martínez López, 2008: 7-10). Pero, como él mismo relató: “aun en los años pasados en las clínicas neurológicas de Viena, Berlín o París evitó franquear la puerta del departamento psiquiátrico, de acuerdo con las consignas de la formación médica de su generación. De este error ha sido sacado por sus propios pacientes y, pacientemente, ha tenido que volver atrás en su camino y rehacer su preparación” (Rof Carballo, 1949: XXI). En efecto, a partir de 1945 se interesó cada vez más por la antropología médica. Dicho interés fructificó en 1949 con su Patología psicosomática y en las décadas siguientes con Cerebro interno y mundo emocional (1952) y con Urdimbre afectiva y enfermedad (1964), que conforman su trilogía fundamental en medicina psicosomática.

Próximo a Xabier Zubiri, Rof tuvo también unas profundas convicciones religiosas. Ya en su juventud, de intelectual ateo se convirtió en un científico creyente, como refirió él mismo en varias ocasiones. Estaba convencido de que “sin la experiencia de lo sagrado, el hombre no puede considerarse hombre [...]. Mi experiencia coincide en parte con el núcleo fundamental del pensamiento de Heidegger: el desasimiento, que no es más que la experiencia mística de abandonarse a un ser superior, divino, pero de una forma activa” (S.C. y S. I., 1994: 75). De todas formas, a pesar de este convencimiento, su sentido religioso estuvo muy alejado del nacionalcatolicismo imperante en la época. Y, de igual forma, al reflexionar al final de su Patología psicosomática sobre los límites de la psicoterapia, criticó su deriva sacerdotal, presente, por ejemplo, en la corriente de la “Medicina de la Persona” de Tournier (Rof Carballo, 1949: 783-784).

Dentro de esa ideología de fondo cristiana, Rof configuró su Patología psicosomática, de forma muy ambiciosa y original, como la convergencia de tres grandes direcciones: la biología experimental en sus distintas facetas (propiamente biológica, neurológica, embriológica y psicológico experimental); lo que él designó como “madurez del psicoanálisis” (con la utilización, sobre todo, de las nociones de fijación y regresión, represión e inconsciente, desplazamiento, proyección, identificación, sublimación y transferencia afectiva); y las “observaciones genuinamente clínicas”, especialmente entre ellas las de orientaciones “totalistas”, basadas en la consideración de la “enfermedad como destino”, de Richard Siebeck y Viktor von Weizsäcker (Rof Carballo, 1949: 6-7).

El desarrollo y la confluencia de esas líneas generaron dos resultados especialmente destacables aquí. El primero, el despliegue de las distintas posibilidades que la consideración crítica de la obra “madura” de Freud (combinada y comparada con las teorías de Jung y de Erich Neumann) ofrecía, fue muy significativo en el contexto español de aquellos años, en el que el rechazo más o menos explícito a Freud era la norma. El segundo, cuya repercusión traspasó las fronteras nacionales, fue el nítido establecimiento de las estructuras anatómicas responsables de la conducta emocional y centrales, por tanto, para la patología psicosomática. Completó, a

este respecto, lo que Karl Kleist había denominado cerebro interno en 1934 (manteniendo en su consideración dicho nombre) y se situó muy próximo a lo que McLean, denominó un poco más adelante (1952) cerebro visceral y hoy en día se conoce como sistema límbico. Rof esbozó ya su noción de cerebro interno en el capítulo de la Patología psicosomática titulado “Bases neurológicas de la personalidad”, pero solo la culminaría pasados unos pocos años, en 1952, con la obra que lleva justamente ese título: Cerebro interno y mundo emocional. Por estas y otras numerosas aportaciones de calado, a pesar de la considerable “apropiación” que la psiquiatría “oficial” del franquismo (con López Ibor a la cabeza) hizo de la medicina psicosomática durante aquellos años y de que su distanciamiento del régimen franquista le cortara el acceso a la cátedra universitaria, no pudo dejar de reconocerse a Rof, incluso ya entonces, como el padre de la medicina psicosomática española.

El análisis existencial

Esta visión de Rof, muy centrada en el psicoanálisis freudiano, tuvo que convivir y competir con otras que irrumpieron con fuerza en la psiquiatría de los años cincuenta y repercutieron también en la medicina psicosomática. Me refiero específicamente al análisis existencial. En diciembre de 1955 se fundó la Sociedad Española de Medicina Psicosomática en El Escorial, merced, entre otros, a Rof Carballo y Ramón Sarró. Poco antes de esa fecha, Sarró, que en su juventud había estado muy próximo al psicoanálisis para posteriormente tomar progresivas distancias con respecto a él, había rechazado contundentemente la forma psicoanalítica de concebir y practicar la psicoterapia. Criticó sobre todo la versión psicoanalítica de los fenómenos de resistencia y transferencia y mostró un interés creciente por los conceptos del análisis existencial procedentes de Heidegger, Binswanger y Sartre. En 1954 propuso sustituir la interpretación psicoanalítica de la transferencia como reminiscencia del pasado por una interpretación fenomenológica derivada de la comunicación privilegiada que se establece entre el analizado y el analista. Y a continuación sometió también a crítica el concepto

psicoanalítico de resistencia y del mito edípico (Sarró, 1987: 16-17).

Como muestran estos intereses de Sarró, la analítica existencial cobró especial fuerza con la llegada de los años cincuenta. Y también lo hizo con trasfondos cristianos, al menos en algunos casos, porque otras contribuciones a la analítica del Dasein —las más importantes, de hecho, en esta corriente— tuvieron ya otros referentes. Las contribuciones con un poso católico fueron hechas además no solo desde posiciones más conformistas con el Régimen (Núñez Sánchez, 1955), también lo fueron por psiquiatras críticos con él. A esta segunda tendencia perteneció el psiquiatra cordobés José Aumente Baena. Tras realizar la especialidad de psiquiatría con López Ibor, en cuyo servicio estuvo de 1948 a 1950, un joven Aumente Baena publicó en las Actas Luso-Españolas una serie de trabajos dedicados a analizar la estructura del hombre enfermo y del enfermar (1951a y 1952) y la verdadera existencia (1951b). En los dedicados al enfermo y al enfermar, en los que seguía con frecuencia la orientación “espiritual” de Von Weizsäcker, concluía señalando cómo “la enfermedad aparece ahora con una nueva valencia, esta vez religiosa y hasta metafísica. Y muchas veces como uno de los caminos para adquirir esa difícil verdad respecto de uno mismo, e incluso de una más firme religación con Dios” (Aumente Baena, 1952: 176). En el dedicado a la existencia, en el que seguía principalmente a Heidegger, Sartre y Marcel, señalaba a su vez que “la existencia verdadera se halla a un paso o casi coincide [...] con la existencia aquella plena de sentido cristiano. Y lo que es más, en el camino que conduce hacia su logro, tan saturado todo de humildades, renunciaciones y sacrificios, encontramos también relación con aquel otro que enunciara un día la mística carmelitana [...], aunque no con un criterio de libertad o autenticidad, sino como proyecto hacia la unión con Dios” (Aumente Baena, 1951b: 154).

Estas afirmaciones, en apariencia tradicionales, no fueron incompatibles en el caso de Aumente Baena con un posicionamiento crítico frente al régimen. Aumente era ya entonces, en efecto, un católico laico comprometido con organizaciones apostólicas. Se movía dentro del ámbito de las JOC (Juventudes Obreras Católicas) y de la HOAC (Hermandad Obrera de Acción Católica) y fue colaborador habitual un poco más adelante de revistas de contenido

político como Triunfo, Cuadernos para el Diálogo, Ínsula o El Ciervo. En 1960 fundó la célebre y efímera revista Praxis, que llevaba el subtítulo de Revista de Higiene Mental de la Sociedad, de la que se publicaron solo seis números antes de ser cerrada por orden gubernativa en 1961. Fue asimismo fundador del FLP (Frente de Liberación Popular, conocido popularmente como FELIPE).

Pero las contribuciones más importantes de esta corriente vinieron ya de psiquiatras situados al margen de ideologías religiosas. Uno de los mejores representantes de este grupo fue Luis Martín-Santos, también contrario al régimen y militante del PSOE, motivo por el cual sufrió varias detenciones. La preocupación por la epistemología psiquiátrica fue, desde siempre, una de las principales dimensiones de Martín-Santos (Lázaro, 2004). Resultados señalados de ese interés fueron su tesis doctoral sobre la comprensión del enfermo mental en Dilthey y Jaspers (Martín-Santos, 1955a) y su trabajo sobre los “Fundamentos teóricos del conocer psiquiátrico”, en donde sintetizó su concepción básica de la disciplina y acabó de delimitar la noción de psicomorfia que conceptúa el hecho de la autoestructuración de lo psíquico, en relación con un sentido residual, que se produce en la enfermedad mental tras la ruptura de sentido originada por alteración orgánica. Esta psicomorfia sería siempre diversa dependiendo del tipo de ruptura (Martín-Santos, 1955b).

Dentro de este interés por el conocer psiquiátrico, Martín-Santos concibió específicamente el análisis existencial como un intento de superar la corrientes fenomenológica y psicoanalítica. Un primer paso significativo en esa dirección fue el rastreo de las aportaciones que El ser y la nada de Sartre podía ofrecer para la teoría y la práctica psicoterapéuticas (Martín-Santos, 1950c). Pero solo acabaría el desarrollo de esta línea una década más tarde con su Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial, al que subtituló “Para una fenomenología de la cura psicoanalítica” (Martín-Santos, 1964). Describió aquí, como señaló su hija Rocío, un tratamiento psicoanalítico clásico para desarrollar a continuación un análisis existencial del mismo y acabar estableciendo que la principal diferencia entre el psicoanálisis freudiano y el existencial radicaba en que el primero era de naturaleza retrospectiva, mientras que la del segundo, al introducir la

libertad como elemento dinámico, era prospectiva (Martín-Santos, 2004: 25).

UNA PSICOPATOLOGÍA DE LO ENDÓGENO: EL ANÁLISIS DEL ENFERMAR PSICÓTICO

La preocupación por los procesos endógenos (no atribuibles a causas externas, ni físicas ni psicológicas) se incrementó en la psiquiatría de posguerra. A este grupo, conformado hasta entonces por las psicosis, se le añadió ahora —recuérdese— la timopatía ansiosa (González Duro, 1978: 201-216).

El principal método de conocimiento de estos procesos endógenos continuó siendo básicamente el mismo que se había venido utilizando antes de la guerra: el método fenomenológico establecido por Jaspers en su *Allgemeine Psychopathologie*, matizado y ampliado con las aportaciones de Hans Gruhle, Willy Mayer-Gross, Hans Bürger-Prinz y Kurt Schneider, entre otros autores (González de Pablo, 2015b). Muy en resumen, dicho método consiste en determinar primero tan nítida y precisamente como sea posible los fenómenos psicopatológicos, tanto objetivos como subjetivos, y establecer, a continuación, tras esa determinación, relaciones comprensibles (con conexión de sentido) o explicables (sin conexión de sentido) entre ellos (López Ibor, 1949: 11-15; Ramos Gorostiza y Adán Manes, 2013: 305-306).

En la posguerra, la querencia por los procesos endógenos, aparte de generar conocimiento psiquiátrico, conllevó también una utilidad social para el régimen. El hecho de que las enfermedades mentales —al menos, las más estudiadas por la psiquiatría— surgieran en las entrañas del sujeto, en unas incomprensibles profundidades endotímicas, y no guardaran relación alguna con sus circunstancias externas, implicaba desligar dichas patologías de los españoles de posguerra de cualquier factor biográfico, familiar o social y, con ello, de una cotidianeidad marcada por el hambre, la pobreza, la represión y el miedo, contribuyendo a adormecer cualquier tipo de

conciencia en la población sobre la necesidad de cambiarla. Las enfermedades psíquicas adquirieron así el carácter de un accidente ahistórico y desconectado de la realidad social, lo que convirtió a la teoría y práctica psiquiátrica centrada en ellas en un dispositivo más de la compleja red reguladora del franquismo dirigida a la inducción del conformismo, la resignación y la docilidad en la población. Dicho en otros términos, la psiquiatría de la posguerra contribuyó a la consolidación de ese modelo de subjetividad denominado como *homo patiens* (Cayuela Sánchez, 2014: 199-209), propio del “régimen de dominación” que fue el primer franquismo:

fue el *homo patiens*, esa subjetividad paradigmática de la posguerra española formada en los intersticios de los biopoderes articulados por las distintas instancias del régimen [el sindicalismo vertical, el SOE, el propio sistema educativo, el Auxilio Social, los centros de salud, etc.], lo que permitió el sostenimiento de la dictadura [...], en su esencial resignación, en su pasividad y en su renuncia de lo activo, el *homo patiens* fue la “obra predilecta del régimen” la verdadera piedra angular sobre la que pudo sostenerse aquel sistema político (Cayuela Sánchez, 2014: 207).

Tras la Guerra Civil, las cuestiones nosológicas aparecieron como prioritarias en el estudio de lo endógeno, señalándose prontamente la necesidad de completar los planteamientos nosológicos kraepelinianos con otras perspectivas, necesidad sobre la que también se llamó la atención —como vimos— en el estudio de las neurosis de guerra. Uno de los focos que más atención concitó fueron las psicosis atípicas, llamadas así por no casar dentro de las dos grandes psicosis endógenas. Marco Merenciano estudió a este respecto una serie de casos de esas psicosis y vio que nunca cursaban con alteraciones graves de la personalidad, lo que les hacía asemejarse mucho a otros cuadros pseudoneuróticos, y postuló el nombre de “psicosis mitis” (psicosis leves) para denominarlos. Pero las descripciones de Marco Merenciano fueron bastante poco clarificadoras y en realidad lo que hizo fue, en opinión de Barcia, determinar cuadros muy parecidos a las timopatías ansiosas de López Ibor. La única diferencia es que Marco

Merenciano partía de la despersonalización y López Ibor de la angustia (Barcia, 2004: 300-301).

Posteriormente, López Ibor, en *Los problemas de las enfermedades mentales* se referiría a estas psicosis marginales como “psicosis cicloides”, siguiendo la terminología de Leonhard, aunque señalando que gran parte de los cuadros que este incluía aquí, a excepción de las “psicosis de motilidad” y la “psicosis confusional”, debían etiquetarse más bien de timopatías ansiosas (López Ibor, 1949: 271).

Solucionadas, aunque nunca de forma completa, las cuestiones nosográficas más controvertidas (a veces bastante bizantinas), el interés en el campo de lo endógeno se centró en las psicosis, sobre todo en la esquizofrenia. Un buen epítome de los fundamentos y resultados de las investigaciones llevadas a cabo sobre ella en la década que comprende los años finales de los cuarenta y los iniciales de los cincuenta fue el volumen del Symposium sobre esquizofrenia que, bajo la dirección de López Ibor, se publicó en 1957. El libro fue el resultado de la reunión sobre esquizofrenia organizada por él, bajo los auspicios del CSIC, en la primavera 1955 y en la que tomaron parte figuras señeras de la psiquiatría centroeuropea junto a psiquiatras españoles y portugueses.

El volumen pone de relieve la repercusión en la psicopatología española del momento, especialmente en la elaborada en torno a López Ibor, de las concepciones de Jakob Wyrsh sobre la esquizofrenia como enfermedad global de la persona —una “enfermedad del espíritu”— no descomponible en elementos y siempre enigmática (Wyrsh, 1957a y b); o de las consideraciones de Kurt Schneider en torno a la visión de las enfermedades mentales como enfermedades orgánicas de carácter estrictamente médico, aun cuando no se conocieran los procesos fisiopatológicos de base de las psicosis, así como de su tajante delimitación de la esquizofrenia y la ciclotimia de las reacciones psicopáticas y las reacciones vivenciales anormales (Schneider, 1957 a y b).

Asimismo, el libro permite calibrar la importancia dada en la psicopatología fenomenológica, entre otras cuestiones, a la delimitación de una estructura común aprehensible subyacente en los síntomas esquizofrénicos o a la presencia en el esquizofrénico de

un “disestar” (sic) primario del cual derivarían el resto de los síntomas (López Ibor, 1957c); a la diferenciación entre trastornos formales y nucleares en la esquizofrenia, siendo los primeros reactivos y compresibles, y orgánicos e incompresibles los segundos (Rojas Ballesteros, 1957); o al papel determinante que debían tener las aportaciones de Binswanger en la investigación psicopatológica a partir de entonces (Sarró, 1957).

A esto se sumó, en el ámbito de la psicopatología del enfermar psicótico, las aportaciones fuera del círculo de López Ibor. Entre las más significativas estuvieron las de Luis Valenciano Gayá, hechas con el apoyo conceptual de Ortega y su teoría de la razón vital (Valenciano, 1961); las de Manuel Cabaleiro Goás sobre los síntomas primarios y el trastorno fundamental esquizofrénico, así como las referidas a las alucinaciones y las ideas delirantes esquizofrénicas (Cabaleiro Goás, 1954); o la búsqueda de soluciones por parte del mismo Sarró a las carencias de la psicopatología de Jaspers o Binswanger para asimilar el análisis endodeliriográfico (Sarró, 1987: 19-20).

Todo esto conformó un conglomerado de conocimiento sobre el enfermar endógeno de variada procedencia, calidad y utilidad. Pero, no debe olvidarse, como se mencionó al comienzo del presente apartado, que dicho conocimiento, en las circunstancias propias del primer franquismo funcionó también en no pocas ocasiones como un biopoder que contribuyó en la configuración de la figura del homo patiens y, con ello, a la perduración de la dictadura.

Así pues, resumiendo en unas pocas líneas lo expuesto detalladamente en las páginas anteriores, puede decirse que el saber teórico psiquiátrico durante el primer franquismo se conformó en torno a tres ejes: las penurias de la posguerra, la ideología católica y la mirada experta sobre lo endógeno. Su elaboración se llevó a cabo por psiquiatras y médicos con un mayor o menor grado de proximidad con el régimen, pero también por médicos y psiquiatras distanciados de él. Y que estuvo, por último, compuesto por obras y conceptos de muy variada calidad que generaron un conocimiento unas veces útil y otras perfectamente prescindible que en ocasiones funcionó como un biopoder del régimen.

BIBLIOGRAFÍA

Abejaro de Castro,

J. L. (1993): Historia de la psiquiatría militar española (1800-1970), UCM, Madrid, tesis doctoral.

Aumente Baena

, J. (1951a): “Sobre la estructura del hombre enfermo”, Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 10, pp. 281-293.

— (1951b): “Sobre el planteamiento del problema del verdadero existir”, Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 10, pp. 138-157.

— (1952): “Algunas notas sobre el problema del enfermar”, Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 11, pp. 172-177.

Bandrés

, J. y

Llavona

, R. (1996): “La psicología en los campos de concentración de Franco”, Psicothema, 8, pp. 1-11.

Bandrés

, J.;

Llavona

, R. y

Zubieta

, E. (2013): “La psicología criminal en la policía de Franco”, *Psicothema*, 25, pp. 55-60.

Barcia Salorio

, D. (2004): “Las psicosis cicloides y las psicosis esquizoafectivas”, en J. J. López-Ibor et al., *Imágenes de la psiquiatría española*, Glosa, Barcelona, pp. 299-306.

Beevor, A.

(2005): *La guerra civil española*, Crítica, Barcelona.

Bermann,

G. (1941): *Las neurosis en la guerra*, Aniceto López, Buenos Aires.

Berrios, G. E.

y

Beer,

D. (1994): “The notion of unitary psychosis: a conceptual history”, *History of Psychiatry*, 5, pp. 13-26.

Cabaleiro Goás,

M (1954): *Problemas actuales de las psicosis esquizofrénicas*, Paz Montalvo, Madrid.

Campos,

R. (2013): “Psiquiatría, raza y represión en el primer franquismo: Antonio Vallejo Nágera”, en VV AA, *Los intelectuales y la dictadura franquista. Cultura y poder en España de 1939 a 1975*, Editorial Pablo Iglesias, Madrid, pp. 19-45.

Carreras Panchón, A. (1986): “Los psiquiatras españoles y la Guerra Civil”, *Medicina e Historia*, III, 13, pp. 1-26.

Casco Solís,

J. (1999): “Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946 1960)”, en F. Fuentenebro et al. (eds.), *Psiquiatría y cultura en España en un Tiempo de Silencio*. Luis Martín Santos, Necodisne, Madrid, pp. 85-129.

Castilla del Pino,

C. (1948): “Sobre algunas peculiaridades del cuadro clínico del ‘delirium tremens’ y su posible interpretación patológica”, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, pp. 53-62.

— (1950): “El concepto de ‘gravedad’ en Kierkegaard”, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 9, pp. 33-37.

— (1977): “La psiquiatría española (1939-1975)”, en J. M. Castellet (ed.), *La cultura bajo el franquismo*, Anagrama, Barcelona, pp. 79-102.

— (2007): “Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27, pp. 105-118.

Cayuela Sánchez,

S. (2014): *Por la grandeza de la patria. La biopolítica en la España de Franco*, FCE, Madrid.

Claret Miranda,

J. (2006): *El atroz desmoche. La destrucción de la Universidad española por el franquismo, 1936-1945*, Crítica, Barcelona.

Colodrón, A. (1995): *El trastorno esquizofrénico de la acción humana*, Triacastela, Madrid.

Delgado Roig, J. (1946): “Consideraciones acerca de los estados emocionales y en especial de la angustia”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, pp. 133-139.

Di Febo,

G. y

Julia,

S. (2012): El franquismo: una introducción, Crítica, Barcelona.

Echalecu y Canino, F. J. (1943): “Estudios psicopatológicos sobre prostitutas”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, pp. 147-152.

— (1946): *Psicopatología*, Publicaciones del Patronato de Protección de la Mujer, Madrid.

— (1947): *Psicología criminal: con nociones de psiquiatría criminal*, Escuela General de Policía, Madrid.

Gallego

, F. (2014): *El evangelio fascista: la formación de la cultura política del franquismo (1930-1950)*, Crítica, Barcelona.

González de Pablo

, Á. (2015a): “Sobre los orígenes de la psiquiatría franquista: la psicopatología de guerra de J. J. López Ibor”, en F. A. González Redondo (coord.), *Ciencia y técnica entre la paz y la guerra*, SEHCyT, Madrid, t. II, pp. 563-569.

— (2015b): “Rezeption und Resonanz der Allgemeinen Psychopathologie in Spanien”, en D. von Engelhardt (ed.), *Psychopathologie – Gestern, Heute, Morgen*, Mattes Verlag, Heidelberg, pp. 191-224.

— (en prensa): “Por la psicopatología hacia Dios: psiquiatría y saber de salvación durante el primer franquismo”, *Dynamis*.

González Duro,

E. (1978): *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975*, Akal, Madrid.

— (2008): *Los psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos*, Península, Barcelona.

González Pinto, R. (1942): “Psicosis de guerra”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, pp. 133-144.

Guerra Miralles,

A. (1946a): “El proceso de individuación, según Jung”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, pp. 84-90.

— (1946b): “Sobre la interpretación de uno de los llamados grandes sueños”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, pp. 165-176.

Huertas

, R. (1996): “La Psico-biología del marxismo como categoría antropológica del fascismo español”, *Llull*, 19, pp. 111-130.

— (1999): “Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19, pp. 63-76.

— (2006): “Hambre, enfermedad y locura: la aportación de Bartolomé Llopis al conocimiento de la psicosis pelagrosa”, *Frenia*, 6, pp. 79-107.

— (2009): “La psiquiatría española del primer franquismo”, en A. Gómez y A. F. Canales (eds.), *Ciencia y fascismo*, Laertes, Barcelona, pp. 213-226.

Ibáñez Salas,

J. L. (2013): *El franquismo*, Sílex, Madrid.

Lázaro

, J. (2003): “Estudio introductorio”, en B. Llopis, *La psicosis única. Textos escogidos*, Triacastela, Madrid, pp. 9-54.

— (2004): “Las múltiples dimensiones de Martín-Santos”, en L. Martín-Santos, *El análisis existencial. Ensayos* (ed. de J. Lázaro), Triacastela, Madrid, pp. 33-46.

Llaneras Manresa

, N. (2004): “La psicosis única”, en J. J. López Ibor et al. (eds.), *Imágenes de la psiquiatría española*, Glosa, Barcelona, pp. 307-317.

Llopis, B.

(1940): “La psicosis pelagrosa, la psicopatología general y la nosografía psiquiátrica”, *Acta Española Neurológica y Psiquiátrica*, 1, pp. 174-193.

— (1941): “Algunas consideraciones generales sobre la pelagra”, *Revista Clínica Española*, 3, pp. 328-334.

— (1943): “Los trastornos psíquicos de la pelagra (Enfermedad de Casal)”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, pp. 7-3.

— (1946): *La psicosis pelagrosa. Un análisis estructural de los trastornos psíquicos*, Científico-Médica, Barcelona.

— (1954): “La psicosis única”, *Archivos de Neurobiología*, 17, pp. 2-39 y 141-163.

Llopis Lloret,

B. y Escudero Artuño, A. (1948): “El delirio de infidelidad conyugal múltiple (un cuadro clínico peculiar del delirium tremens)”, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, pp. 217-225.

López Ibor,

J. J. (1936): *Lo vivo y lo muerto del psicoanálisis: hacia una nueva psicoterapia*, Luis Miracle, Barcelona [desde 1951 reeditado con el título de *La agonía del psicoanálisis*].

— (1938): “Experiencias psiquiátricas de guerra”, *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 2, pp. 82-101.

— (1942a): “La psiquiatría en España en la hora presente”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, pp. 15-25.

— (1942b): *Neurosis de guerra (Psicología de guerra)*, Científico-

Técnica, Madrid.

— (1942c): “Neurosis de guerra”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, pp. 112-133.

— (1949): *Los problemas de las enfermedades mentales. Corrientes actuales del pensamiento psiquiátrico*, Labor, Barcelona.

— (1950): *La angustia vital: patología general psicósomática*, Paz Montalvo, Madrid.

— (1957a): “Fundamentos de psicoterapia”, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 16, pp. 11-27.

— (1957b): “La verdadera psicología profunda”, *Revista de Espiritualidad*, 16, pp. 328-336.

— (1957c): “Análisis estructural de la sintomatología esquizofrénica”, en J. J. López Ibor (dir.), *Symposium sobre esquizofrenia*, CSIC, Madrid, pp. 211-223.

— (1960): *Cuestiones actuales en medicina psicósomática*, Acta Psychosomatica-Geigy, Madrid.

— (1966): *Las neurosis como enfermedades del ánimo*, Gredos, Madrid.

— (1968): “La angustia en San Juan de la Cruz”, *Revista de Espiritualidad*, 27, pp. 374-383.

Malabia

, P. (1941): “Sobre el instinto de la muerte”, *Acta Española Neurológica y Psiquiátrica*, 2, pp. 275-278.

Martín-Santos

, L. (1950a): “El problema de la alucinosis alcohólica”, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 9, pp. 136-148.

— (1950b): “Reseña de La angustia vital, de J. J. López Ibor”, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 9, pp. 331-334.

— (1950c): “El psicoanálisis existencial de Jean Paul Sartre”, Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 9, pp. 164-178.

— (1952): “La Medicina de la Persona. Noticia y comentarios críticos”, Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 11, pp. 180-189.

— (1955a): Dilthey, Jaspers y la comprensión del enfermo mental, Paz Montalvo, Madrid.

— (1955b): “Fundamentos teóricos del conocer psiquiátrico”, Theoria, 3, pp. 53-66.

— (1964): Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial. Para una fenomenología de la cura psicoanalítica, Seix Barral, Barcelona.

Martín-Santos

, R. (2004): “La aportación de Luis Martín-Santos a la psiquiatría”, en L. Martín-Santos, El análisis existencial. Ensayos (ed. de J. Lázaró), Triacastela, Madrid, pp. 21-32.

Martínez López,

F. (2008): Juan Rof Carballo y la medicina psicosomática, Díaz de Santos, Madrid.

Marco Merenciano, F. (1946): Psicosis mitis. Los enfermos mentales que consultan al internista, Diana, Madrid.

— (1947): “Histeria y psicoanálisis”, Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 6, pp. 220-224.

Meseguer

, P. (1953): “Noticias: V Congreso Católico Internacional de Psicoterapia y Psicología Clínica”, Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 12, pp. 159-160.

Mira i López,

E. (1939): "Psychiatric experience in the Spanish War", British Medical Journal, 1, pp. 1217-1220.

— (1944): Psiquiatría en la guerra, Médico-Quirúrgica, Buenos Aires.

Núñez Sánchez

, E. (1953): "Timopatías y timosis. Ideas en torno a la llamada patología de la vitalidad", Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 12, pp. 340-345.

— (1955): "Las categorías éticas de lo real en los planos de la existencia humana (Introducción a una ontología de la existencia vital", Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 14, pp. 27-34.

Pío XII (1953): "Discurso del Padre Santo a los asistentes al V Congreso de Psicoterapia y Psicología Clínica", Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 12, pp. 160-165.

Ramos Gorostiza, P

. y A

dán Manes

, J. (2013): "El problema psicopatológico y la fenomenología. Lo vivo y lo muerto en la psiquiatría fenomenológica", Actas Españolas de Psiquiatría, 41, pp. 301-310.

Rof Carballo,

J. (1949): Patología psicosomática, Paz Montalvo, Madrid.

— (1950): "La personalidad e ideas de Viktor von Weizsäcker", Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 9, pp. 191-194.

— (1952): Cerebro interno y mundo emocional, Labor, Barcelona.

— (1964): Urdimbre afectiva y enfermedad, Labor, Barcelona.

Rojas Ballesteros, L. (1940): “Algunas notas de psiquiatría militar de la guerra española”, *Acta Española Neurológica y Psiquiátrica*, 1, pp. 35-40.

— (1942): “Psiquiatría de guerra”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, pp. 90-112.

— (1957): “Los trastornos formales y nucleares de la esquizofrenia”, en J. J. López Ibor (dir.), *Symposium sobre esquizofrenia*, CSIC, Madrid, pp. 43-62.

Rubio Valladolid,

G. y

López Ibor,

J. J. (2007): “Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, pp. 372-379.

Santo-Domingo, J. (1998): “La psicosis unitaria en la actualidad: de H. Ey y B. Llopis a la ICD-10 y el DSM-IV”, *Archivos de Neurobiología*, 61, pp. 175-186.

Sarró, R

(1936): “Valor de las nuevas orientaciones antropológicas para la psicoterapia”, *Archivos de Neurobiología*, 16, pp. 405-433.

— (1946): “Analogías en las ideas de José de Letamendi y Víctor von Weizsäcker sobre antropología médica”, en V. von Weizsäcker, *Problemas clínicos de medicina psicosomática*, Pubul, Barcelona, pp. XI-XXII.

— (1956): “Weizsäcker en España”, en V. von Weizsäcker, *El hombre enfermo. Una introducción a la antropología médica*, Luis Miracle, Barcelona, pp. VI-XXII.

— (1957): “¿Bancarrota de la investigación somática? Aurora psicopatológica en la esquizofrenia?”, en J. J. López Ibor (dir.), *Symposium sobre esquizofrenia*, CSIC, Madrid, pp. 108-114.

— (1987): “Autobiografía intelectual: tratado temático de los delirios endógenos”, *Anthropos*, 69, pp. 13-27.

S. C. y S. I. (1994): “Fallece en Madrid a los 89 años de edad el académico Juan Rof, Carballo”, *ABC*, 12 de octubre.

Schneider,

K. (1957a): “¿Qué se entiende hoy por esquizofrenia?”, en J. J. López Ibor (dir.), *Symposium sobre esquizofrenia*, CSIC, Madrid, pp. 29-34.

— (1957b): “Sobre el delirio”, en J. J. López Ibor (dir.), *Symposium sobre esquizofrenia*, CSIC, Madrid, pp. 35-42.

Solé Sagarra,

J. (1949): “Obras recientes de Viktor von Weizsäcker”, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 8, pp. 244-246.

Umbral

, F. (1983): “Rof Carballo”, *El País*, 20 de junio.

— (1994): “Rof Carballo”, *El Mundo*, 13 de octubre.

Valenciano

, L. (1936): “Valor de las nuevas orientaciones antropológicas para la psicoterapia”, *Archivos de Neurobiología*, 16, pp. 435-454.

— (1961): “El delirio paranoide y la razón vital”, *Archivos de Neurobiología*, 24, pp. 115-144.

— (1970): “La tesis de la psicosis única en la actualidad”, en B. Llopis, *Introducción dialéctica a la psicopatología*, Morata, Madrid, pp. 113-159.

Vallejo Nágera,

A. (s. f.) [1937]: *Psicopatología de la conducta antisocial*, Editorial Española, San Sebastián.

- (1938a): “Biopsiquismo del Fanatismo Marxista”, Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, 3, pp. 189-195.
- (1938b): “Biopsiquismo del Fanatismo Marxista. Grupo de Internacionales hispano-americanos”, Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, 4, pp. 267-277.
- (1939a): La locura y la guerra. Psicopatología de la guerra española, Santarén, Valladolid.
- (1939b): “Biopsiquismo del Fanatismo Marxista”, Grupo de Internacionales norteamericanos”, Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, 5, pp. 30-44.
- (1939c): “Psiquismo del Fanatismo Marxista. Grupo de Internacionales portugueses”, Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, 11, pp. 52-58.
- (1939d): “Psiquismo del Fanatismo Marxista. Grupo Internacionales ingleses”, Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, 12, pp. 132-143.
- (1939e): “Psiquismo del fanatismo marxista. Grupo Internacionales británicos”, Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, 14, pp. 299-308.
- (1942): Psicosis de guerra. Estudio clínico y estadístico, Morata, Madrid.
- (1949): “La medicina psicosomática y su influencia en la medicina española”, Medicina. Revista de Ciencias Médicas [s.v.], pp. 1-7.

Vallejo Nágera,

A. y

Martínez

, E. M (1939): “Psiquismo del fanatismo marxista. Investigaciones psicológicas en marxistas femeninos delincuentes”, Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, 9, pp. 398-413.

Villasante

, O. (2010): “‘War neurosis’ during the Spanish Civil War”, *History of Psychiatry*, 21, pp. 424-435.

Wyrsh

, J. (1957a): “La esquizofrenia como entidad morbosa”, en J. J. López Ibor (dir.), *Symposium sobre esquizofrenia*, CSIC, Madrid, pp. 5-16 y 17-27.

— (1957b): “La persona del esquizofrénico”, en J. J. López Ibor (dir.), *Symposium sobre esquizofrenia*, CSIC, Madrid, pp. 17-27.

Capítulo 3

Psiquiatría, gobierno y medicina social: La higiene mental en España (1917-1959)*

3

Enric Novella

La higiene mental es una ciencia esencialmente práctica e involucra dos finalidades distintas, una puramente humanitaria y otra francamente egoísta, de protección y defensa de la sociedad y de la raza.

Tomás Busquet Teixidor (1928: 387-388)

Introducción

A pesar de la innegable ruptura que supuso la Guerra Civil con respecto a las importantes realizaciones de la llamada “edad de plata” (Campos, Villasante y Huertas, 2007) y de la intención explícita del Estado franquista de hacer tabla rasa con el pasado inmediato en todos los órdenes de la vida (De Riquer, 2010), no es difícil identificar elementos de continuidad entre la psiquiatría anterior y posterior a la Guerra Civil. No en vano, buena parte de los profesionales alineados con el nuevo régimen se habían formado en las décadas de 1920 y 1930 y compartían intereses corporativos y referentes conceptuales con sus colegas del bando republicano (Campos, 2015).

Sin duda, uno de los escenarios más fructíferos para advertir esta peculiar combinación de rupturas y continuidades es el campo de la

higiene mental. Establecida como el gran ideario de la profesión psiquiátrica desde que, a finales del siglo XIX, su foco de atención se desplazara desde la nosología a la etiología, desde el tratamiento a la prevención y desde la rehabilitación de individuos concretos a la vigilancia del estado mental del conjunto de la sociedad (Castel, 1976), la higiene mental desempeñó un papel de primer orden en el florecimiento de la psiquiatría española en las décadas de 1920 y 1930. Más allá de su reconocida influencia en la introducción de un nuevo marco legislativo (Espino, 1980) y de un nuevo modelo de asistencia que trató de superar las limitaciones de los manicomios tradicionales con la creación de dispensarios y “servicios abiertos” (Huertas, 1995), el movimiento español de higiene mental — organizado a partir de 1927 en una Liga a nivel nacional— reforzó la presencia de los profesionales españoles en los foros internacionales (Campos, 1997), impulsó la edición de publicaciones divulgativas y llevó a cabo numerosas campañas informativas en torno a la naturaleza, el tratamiento y la profilaxis de las enfermedades mentales (Valenciano, 1977: 94-96). De este modo, y gracias al apoyo institucional prestado a través del Consejo Superior Psiquiátrico y la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad, sus actividades contribuyeron decisivamente a que la medicina mental española alcanzara un grado de legitimación científica, madurez profesional, proyección social y reconocimiento político desconocido hasta entonces (Huertas, 2002: 119-124).

Tras la Guerra Civil y el exilio de algunas figuras destacadas, la Liga Española de Higiene Mental cesó en su actividad y el discurso de los psiquiatras más identificados con el nuevo régimen se limitó inicialmente a promover la identificación ideológica entre la religiosidad tradicional, el nacionalismo conservador, el orden público y el equilibrio psíquico individual (Casco Solís, 1995: 202). No obstante, la creación de dispensarios no se detuvo, y durante la década de 1950 hubo además algunos intentos aislados de recuperar el movimiento pro higiene mental, se recuperaron los vínculos internacionales y se pusieron en marcha algunas iniciativas destinadas a reforzar la instrucción psicopatológica de la población (Casco Solís, 1999: 110-112). En esta tarea, por ejemplo, la Dirección General de Sanidad dedicó un gran número de las monografías correspondientes a la serie “Al Servicio de España y del

Niño Español” (1938-1963) a cuestiones de psicología, psiquiatría e higiene mental infantil, buena parte de las cuales fueron redactadas por el pediatra valenciano Juan Bosch Marín (Salazar Agulló, Martínez Marco y Bernabeu-Mestre, 2007).

En cualquier caso, al cabo de unos años el discurso de los psiquiatras españoles se vio progresivamente influido por los nuevos conceptos de salud mental, psiquiatría social y asistencia comunitaria que, impulsados desde la OMS y otros organismos internacionales, dominarían los discursos y las prácticas psiquiátricas a lo largo de la segunda mitad del siglo XX (Kringlen, 2003; Novella, 2010). De este modo, los viejos planteamientos de la higiene mental, dirigidos esencialmente a la profilaxis de la locura en el marco de una serie de políticas intervencionistas de mejora colectiva y defensa social, fueron transformándose a partir de la década de 1960 en un proyecto que aspiraba a promover el equilibrio y el desempeño psicosocial de los individuos en el contexto de unas retóricas de la salud y unas redes de atención crecientemente socializadas (Dowbiggin, 2011: 132-182). Ya en los años finales del franquismo, este empeño inspiró y orientó las iniciativas del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP, fundado en 1955), el cual puso en marcha un modesto programa de “educación para la salud mental” y auspició diversas propuestas de modernización y reforma asistencial (Novella y Campos, inédito).

Partiendo de un análisis del surgimiento, la evolución y el posterior declive del paradigma de la higiene mental en España, el presente capítulo trata de examinar su ciclo histórico en el contexto de los grandes acontecimientos políticos de la época, y, más concretamente, de una serie de desplazamientos operados en el ámbito de la racionalidad biopolítica y las tecnologías de gobierno. Tratando de valorar los rasgos distintivos del caso español y los elementos específicos de la presencia discursiva, la apropiación ideológica y la proyección práctica de la higiene mental en la psiquiatría española anterior y posterior a la Guerra Civil, el trabajo pretende ofrecer así una aproximación a su historia que permita identificar y poner de manifiesto no solo las rupturas y continuidades que la constituyen, sino también algunos aspectos muy relevantes —y poco advertidos hasta el momento— que la

vinculan con las grandes estrategias de intervención disciplinaria y corporativa que impregnaron de principio a fin el orden político, ideológico y social de la primera mitad del siglo XX.

La psiquiatría y el perfeccionamiento nacional

El 19 de mayo de 1917, el médico madrileño Gonzalo Rodríguez Lafora pronunció una conferencia con el título de “Higiene mental” en el Ateneo de Madrid. En ella, Rodríguez Lafora se congratulaba de que ya habían pasado aquellos tiempos en los que nadie se “preocupaba del cerebro” y, sobre todo, de “cómo perfeccionarlo, cómo dirigir su desarrollo psíquico, cómo compensar los disgustos por sublimaciones, cómo aplicar mejor sus capacidades intelectuales y, en fin, cómo evitar que se altere o perturbe en su función” (Rodríguez Lafora, 1917: 3). Afortunadamente, los recientes “avances de la psicología general, la psicología infantil, la psicología comparada, la pedagogía, la psicopatología, la anatomía y fisiología nerviosa y la eugénica” habían revertido dicha tendencia y permitían sentar sobre bases sólidas el cuidado de la “complicadísima maquinaria del cerebro” y abordar científicamente “los problemas de la herencia, de la educación y de la precocidad mental, de la adolescencia y el desarrollo sexual, del cultivo intelectual o del sueño en la edad adulta y senil” (Rodríguez Lafora, 1917: 3). Tras defender la necesidad de “leyes de esterilización como las adoptadas en algunos estados de Norteamérica” para “dominar la amenazante propagación de la deficiencia mental” (Rodríguez Lafora, 1917: 4), propugnaba el “psicoanálisis de uno mismo” como un “entrenamiento utilísimo para la higiene mental”, a la vez que definía la locura como “una falta de adaptación al medio [...] provocada por una adversidad o por una lesión nerviosa” (Rodríguez Lafora, 1917: 9). Por ese motivo —señalaba— los modernos mentalistas estaban llegando a la conclusión de que “los sanatorios para enfermos de la mente no deben ser lugares de reclusión, [...] sino centros que hagan más fácil esta adaptación acortando la distancia que separa a estos enfermos de la comunidad” (Rodríguez Lafora, 1917: 10).

A su manera, esta conferencia constituye uno de los primeros testimonios de la llegada a España de una nueva visión de la psiquiatría que aspiraba no solo a materializar una profunda reforma de las instituciones asistenciales y del rígido marco legal en el que se desarrollaba el ejercicio de la profesión, sino a traspasar los muros del manicomio y desempeñar un papel de privilegio en el vasto programa de intervención sobre el conjunto de la población diseñado entonces por las disciplinas emergentes de la higiene y la medicina social (Rodríguez Ocaña, 1992). En 1911, la fundación de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Barcelona presidida por el alienista catalán Arturo Galcerán Granés había señalado el camino al postular entre sus principales objetivos la modernización de la asistencia psiquiátrica, la creación por parte del Estado de una red pública de manicomios y la proyección de la psiquiatría en el terreno social (Comelles, 1988: 124-125). Pero Rodríguez Lafora, que había completado unos años antes su formación neurológica y psiquiátrica en Alemania y Estados Unidos (Valenciano, 1977: 26-31), se hallaba muy familiarizado tanto con la clínica neuropsiquiátrica germana como con las actividades del incipiente movimiento norteamericano de higiene mental organizado en torno a la figura del expaciente Clifford Beers (Grob, 1987), de manera que en su alocución se encontraban ya perfectamente delineados los elementos distintivos del nuevo paradigma: el énfasis en la prevención y la atenuación de la “carga colectiva” representada por la enfermedad mental —adoptando en su caso medidas de corte eugenésico—, la necesidad de transformar y diversificar las estructuras asistenciales —creando sobre todo dispositivos de atención y seguimiento extramanicomial— y la difusión masiva de una serie de pautas de higiene psíquica que —gracias a las aportaciones concertadas de un nutrido grupo de especialistas— debían permitir a los individuos conducirse con solvencia por los vericuetos de la vida moderna y mantener un equilibrio mental amenazado por doquier⁴.

En síntesis, pues, y como ha señalado Ricardo Campos en diversas publicaciones (Campos, 1995a; 1995b), el desarrollo del movimiento español de higiene mental ha de verse en el contexto de la popularidad del ideario regeneracionista e higiénico-social de las primeras décadas del siglo XX, de manera que buena parte de sus planteamientos de fondo coinciden en lo esencial con los

presupuestos de las grandes campañas sanitarias de la época (Rodríguez Ocaña y Molero Mesa, 1993). Así, por ejemplo, el “Proyecto de creación de una Liga Española de Higiene Mental” redactado en 1926 por los médicos barceloneses Manuel Saforcada, Emilio Mira y Belarmino Rodríguez Arias asimilaba la locura a las grandes plagas sociales del momento, recalcaba enfáticamente su condición de hipoteca nacional y hacía un llamamiento a “aplicar sistemáticamente los conocimientos médicos, jurídicos, industriales, etc., que los diferentes técnicos defienden como mejores” (Saforcada, Mira y Rodríguez Arias, 2000 [1926]: 535): “El incremento reciente de la morbosidad psíquica —decían— perjudica visiblemente la actividad social y el capital nacional de los pueblos. Por encima de todo, hay que tender a conservar el tesoro intelectual y social de los cerebros humanos, hay que buscar la adaptación de los débiles e inarmónicos mentales al medio que les rodea, y hay que favorecer el desarrollo de una cultura psíquica superior” (Saforcada, Mira y Rodríguez Arias, 2000 [1926]: 538). Del mismo modo, y de forma análoga a lo ocurrido con la lucha contra la tuberculosis, la mortalidad infantil o las enfermedades venéreas, el dispensario fue promovido (junto a los llamados “servicios libres” o de “puertas abiertas”) como el resorte institucional clave para que las prácticas de la higiene mental pudieran difundirse adecuadamente por el tejido social y cumplir debidamente sus objetivos. Así lo teorizaba en 1923 Óscar Torras, subdirector del Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona, para quien —asumiendo funciones diagnósticas e “higiénico-terapéuticas”— el dispensario permitía justamente “penetrar en el medio social para atacar al lobo en su misma guarida, e inclinar hacia la consulta médica las individualidades morbosas para asegurar en cada caso la aplicación de las medidas profilácticas” (Torras 2004 [1923]: 114). Por su parte, y en completa sintonía con los presupuestos de la eugenesia y la higiene racial (Álvarez Peláez, 2003), algunos autores como el también catalán Tomás Busquet Teixidor, inspector de los servicios provinciales de alienados de Barcelona, no vacilaron en vincular —y, hasta cierto punto, reducir— el programa de la higiene mental a las exigencias de “protección y defensa de la sociedad y de la raza”, llegando a afirmar que “combatir las causas de la locura y convertir en estériles a los individuos considerados como campos de desarrollo de las enfermedades mentales constituye, precisamente, el objeto de la

higiene mental” (Busquet Teixidor, 1928: 16).

En cualquier caso, es necesario reconocer que, a diferencia de lo ocurrido en otros países como Estados Unidos (Dowbiggin, 2011: 94), el movimiento español de higiene mental estuvo desde un principio muy volcado en la denuncia del lamentable estado de los manicomios y en la introducción de un severo aggiornamento en el marco legislativo e institucional en el que se desarrollaba la asistencia psiquiátrica (Huertas, 1995). En 1916, el propio Rodríguez Lafora había abierto las hostilidades al publicar un sonado artículo en el semanario España —órgano de la Liga de Educación Política fundado en 1914 por José Ortega y Gasset y otros intelectuales reformistas (Gracia, 2014: 177-183)— en el que describía los frenopáticos españoles como “lugares de atraso y vergüenza nacional” en los que se perpetraban “atrocidades increíbles” debido fundamentalmente a la desidia de los mismos psiquiatras, “que, ignorantes o abandonados, no han levantado nunca una voz de protesta que llegase hasta nuestros gobernantes” (Rodríguez Lafora, 1916: 8). Apoyándose en una impactante serie de fotografías que tomó personalmente en los manicomios de Granada y Valencia, Rodríguez Lafora documentó la aplicación sistemática de “cadenas, esposas y otros brutales medios coercitivos”, mientras exigía una mejora inmediata de las condiciones materiales de los establecimientos y la superación de unas prácticas que se limitaban a “librarse del alienado, encarcelándolo o recluyéndole” (Rodríguez Lafora, 1916: 9).

El llamamiento de Rodríguez Lafora fue secundado en los años siguientes por un grupo cada vez mayor de profesionales, que plantearon sus reivindicaciones en los más diversos foros (sociedades científicas, congresos, publicaciones, prensa, etc.) e iniciaron las gestiones conducentes a la creación de sus principales plataformas corporativas, la Asociación Española de Neuropsiquiatras (1924) y la Liga Española de Higiene Mental (1927) (Lázaro, 2000: 399-442). En uno de los textos programáticos más destacados de la época, publicado en los recién fundados Archivos de Neurobiología, José Miguel Sacristán fijó las principales aspiraciones de los alienistas españoles para acometer la “urgente reforma” de “todo cuanto se refiere a la asistencia psiquiátrica en su más amplio concepto” (Sacristán, 1921: 1). Se trataba, en primer

lugar, de derogar el (vigente) Real Decreto de 19 de mayo de 1885 sobre el internamiento de enfermos mentales —“cuyo espíritu se halla inspirado solamente en el temor de una posible reclusión del sujeto sano” (Sacristán, 1921: 2)⁵— y promulgar una nueva legislación que otorgara un mayor protagonismo a los médicos; en segundo término, de institucionalizar la enseñanza de la psiquiatría con la creación de cátedras, la formación del personal subalterno y el ejercicio supervisado de “la labor diaria del manicomio” (Sacristán, 1921: 10)⁶; tercero, de medicalizar convenientemente los manicomios —que “no deben diferenciarse en lo más mínimo de un hospital” (Sacristán, 1921: 7)— y organizar apropiadamente la asistencia extramanicomial; en cuarto lugar, de crear un “cuerpo de médicos de manicomio” funcionarizados al modo existente en Francia desde el siglo XIX (Goldstein, 1987); y, por último, de nacionalizar los establecimientos psiquiátricos —al menos en el caso de los “destinados al tratamiento de enfermos mentales pobres” (Sacristán, 1921: 8)— para permitir su inspección periódica por parte de las autoridades y asentar su funcionamiento en una nueva vocación social y de servicio público⁷.

En este punto, es importante señalar que esta vocación implicaba una novedosa participación de los psiquiatras en la gestión de una amplia gama de problemáticas sociales como la criminalidad (Campos, 2007). Y, en sintonía con las necesidades del nuevo mercado de la “psiquiatría de gabinete” (Peset, 1993) y la creciente penetración teórica del psicoanálisis (Glick, 1982), en el manejo de estados clínicos más comunes e incardinados en la vida cotidiana como las “plagas psiconeurósicas” (Fernández Sanz, 1921). El propio Rodríguez Lafora lo expresaba en 1928 del siguiente modo: “La evolución social de la psiquiatría como ciencia relacionada no solo con el derecho, sino con la higiene mental o salud psíquica de los ciudadanos [...] hacen preciso que el Estado sea el que organice, además de los centros para el tratamiento de la alienación, otros centros de prevención y tratamiento precoz de las psicopatías” (Rodríguez Lafora, 1928: 5-6).

En parte, las aspiraciones de los alienistas habían sido ya tímidamente ensayadas en Cataluña durante el periodo de la Mancomunitat (1914-1924). Impulsado por algunos de los más conspicuos ideólogos catalanistas como Enric Prat de la Riba o el

psiquiatra Domènec Martí i Julià, el proyecto de la Mancomunitat se propuso inicialmente “construir una red de asistencia pública que acabase con el custodialismo, con los escándalos de las instituciones privadas y con el desorden del sector” (Comelles, 1988: 116). A pesar de que, al desmantelarse la institución tras el golpe de Estado del general Primo de Rivera, las iniciativas desplegadas —revisión de los contratos con las entidades privadas, construcción de nuevos centros de titularidad pública, descentralización comarcal de los recursos, etc.— apenas habían conducido a resultados apreciables, es importante subrayar que la experiencia de aquellos años permitió que, al menos en Cataluña, afloraran buena parte de los planteamientos asistenciales que inspirarían posteriormente las propuestas del movimiento español de higiene mental (Comelles, 1988: 127-128). Entre ellos cabe destacar las aportaciones de Salvador Vives i Casajoana, director del manicomio de Salt (Gerona) hasta 1923 y responsable técnico de los servicios psiquiátricos catalanes durante la Guerra Civil, que en una memoria publicada en 1919 proponía expresamente la creación de una red asistencial no centralizada y dotada de una serie de dispositivos intermedios como dispensarios y asistentes sociales que debían facilitar el seguimiento del paciente fuera del hospital y el mantenimiento del vínculo con sus familias y su medio (Comelles, 1988: 120).

En los años finales de la dictadura, todas estas propuestas fueron madurando a lo largo de las sucesivas reuniones anuales de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y, sobre todo, de la Liga Española de Higiene Mental. Así, por ejemplo, la segunda reunión de la Liga celebrada en Bilbao los días 21 y 22 de octubre de 1928 dedicó una de sus tres sesiones científicas a cuestiones como la “organización de dispensarios”, los “servicios psiquiátricos abiertos” y las “colonias familiares para psicópatas”, aprobándose una moción sobre la “necesidad de la intervención del gobierno en el actual régimen manicomial” promovida por Jaime Escalas Real, director del Manicomio Provincial de Palma de Mallorca (Acta de la sesión, 1929: 2). Al año siguiente, la reunión celebrada en Sevilla entre el 17 y el 19 de diciembre de 1929 abordó el “régimen interior de los manicomios provinciales” y asistió a la discusión de un extenso “anteproyecto de ley para la asistencia al enfermo psíquico” redactado por Sacristán, Rodríguez Lafora y Escalas Real

(Actas de la III Asamblea, 1930: 6-12) que sería asumido casi punto por punto por el Gobierno Provisional de la República en un Decreto promulgado el 3 de julio de 1931 (Gaceta de Madrid, 1931). De hecho, el advenimiento de la Segunda República fue saludado jubilosamente por la Liga en la convocatoria — fechada el mismo 14 de abril de 1931— de las actividades de la Primera Semana de Higiene Mental⁸, con la que se inició una intensa “campaña de propaganda” a escala nacional “para llamar la atención del público en general sobre estos problemas mentales” (Liga Española de Higiene Mental, 1931: 4). Como muestra de la efervescente actividad de la Liga durante esos años, las Semanas y Misiones de Higiene Mental celebradas entre 1931 y 1935 sumaron cerca de 500 actos públicos en las principales ciudades del país (Higiene Mental, 1935), y se complementaron con una serie de conferencias radiadas sobre Causas y tratamiento de las enfermedades mentales (publicadas en 1933) y un extenso folleto sobre Vida moderna e higiene mental (1935) (Valenciano, 1977: 94-96).

A nivel práctico, y aparte de la promulgación del mencionado Decreto, los años de la República también fueron fecundos en realizaciones a pesar de la inestabilidad política y las constantes limitaciones presupuestarias. Entre ellas cabe destacar la creación de un Consejo Superior Psiquiátrico presidido por Rodríguez Lafora y de una Sección de Psiquiatría e Higiene Mental adscrita a la Dirección General de Sanidad y dirigida por su discípulo José Germain, así como la constitución de un Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica encargado de velar por la reintegración social de los pacientes dados de alta desde los manicomios y de un primer Dispensario de Higiene Mental instalado en la Dehesa de la Villa de Madrid (Valenciano, 1977: 90-91). Como colofón, en 1935 las Cortes debatieron incluso un Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica que, de acuerdo con el viejo programa de Sacristán, preveía la nacionalización total de la asistencia psiquiátrica al considerarla como una “función privativa del Estado” que debía sufragarse a cargo de sus presupuestos generales (Campos y Huertas, 1998).

Como es obvio, el estallido de la Guerra Civil y la instauración de la dictadura franquista abortaron estas iniciativas e impidieron la

implementación efectiva de las reformas republicanas. No obstante, y como señaló Luis Valenciano en su conocida semblanza de El doctor Lafora y su época, para ese momento ya se habían contemplado en España “con visión moderna y nacional los problemas psiquiátricos y se habían planteado las bases para su modernización” (Valenciano, 1977: 95); pero, sobre todo, gracias a la higiene mental la psiquiatría había descubierto y asentado una novedosa vocación de intervención en el espacio social y, como reconocía en 1929 un documento de la Liga, sus “nobles aspiraciones en pro del perfeccionamiento nacional” (Acta de la sesión, 1929: 4).

De la reforma social al ideario fascista

Sin duda, uno de los eventos más emblemáticos y en gran medida fundacionales de la psiquiatría franquista es el discurso inaugural pronunciado por Juan José López Ibor como presidente de la recién fundada Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría en su primer congreso, celebrado en Barcelona en enero de 1942 (Huertas, en prensa). En su alocución, López Ibor expuso las bases de lo que debía ser la nueva psiquiatría “nacional”, arremetiendo con dureza contra las “decadentes” realizaciones de sus antecesores y enalteciendo la tradición española de asistencia a los enfermos mentales supuestamente fundada en el siglo XV por el padre Jofré. En su opinión, “esa hermosa tradición” se había quebrado ya a partir del siglo XVIII:

Los psiquiatras del siglo XIX y comienzos del XX, a los que Marañón dedicó un recuerdo tan laudatorio, no fueron capaces de emular a un simple mercedario. Ni el romántico y generoso Esquerdo, ni el socialista Jaime Vera, ni el místico Simarro, ni el mundano Pérez Valdés, lograron crear una asistencia como lo exigían los tiempos. Las generaciones siguientes de psiquiatras se dedicaron, de un modo casi exclusivo, a orientarse en los problemas de la ciencia, descuidando los de la asistencia. Últimamente la Liga de Higiene

Mental trató de encauzar de nuevo esta, pero lo hizo con tal timidez y arrobamiento por las realizaciones extranjeras, que apenas logró cuajar en realidades sus deseos (López Ibor, 1942: 17-19).

Tras criticar las reformas republicanas, López Ibor descartaba la posibilidad de que la higiene mental pudiera lograr fines apreciables en el ámbito de la profilaxis y la prevención, ridiculizando la intensa labor realizada por la Liga en el campo de la divulgación: “El filisteo —psiquiatra o no— piensa que la higiene mental no tiene más objeto que eliminar los ruidos, asesorar la prensa y otras ‘misiones’ por el estilo” (López Ibor, 1942: 23). El argumento de fondo al que se remitía era el tópico, tan querido a los psiquiatras del Nuevo Estado y tan característico de las preocupaciones ensayísticas del momento (Casco Solís 1999: 100-101), según el cual “el español está dotado de unas condiciones biológicas y psíquicas muy especiales”, por lo que la higiene mental debía “establecerse en España sobre unas bases propias, adaptadas a nuestras circunstancias y a la personalidad del español” (López Ibor, 1942: 24).

Con estos planteamientos, es fácil deducir que, abandonando de raíz los proyectos desarrollados en los años anteriores, el discurso de la higiene mental se transformó en un instrumento retórico destinado a subrayar los efectos salutíferos de los principios ideológicos del nuevo régimen, a saber, el nacionalismo, el anticomunismo, la negación de los valores democráticos, el autoritarismo y, por supuesto, la religiosidad (católica) tradicional. Un buen ejemplo de la virulencia —y la deriva netamente fascista de aquellos años— lo representa la conferencia “Nuevas orientaciones sobre higiene mental”, pronunciada en febrero de 1942 por Francisco Marco Merenciano en la Jefatura Provincial de la Falange de Valencia. Para Marco, director del manicomio de la ciudad, la higiene mental tenía como principal objetivo “diluir el magma del resentimiento, [...] un trastorno de la mente que constituye una plaga social” (Marco Merenciano, 1958: 97) y que, en su opinión, explicaba la reciente historia de España y la perentoria necesidad de la dictadura y la represión. En un sentido más siniestro que nietzscheano, Marco definía el resentimiento como “una autointoxicación psíquica

producida por reiterados fracasos al reprimir sistemáticamente la descarga de ciertas emociones y afectos en sí normales (venganza, envidia, odio, perfidia)”; el aplazamiento de la venganza llevaba así a su transformación en “sed de venganza” y convertía a los individuos en tipos “con mentes envenenadas, amargadas, auténticos enemigos de la sociedad, porque la sociedad —dicen— es la responsable de su fracaso, y porque la sociedad es la que sanciona la eterna injusticia de su limitación” (Marco Merenciano, 1958: 94-95). Por ese motivo, había que actuar cuanto antes para “extirpar el veneno del resentimiento que atrofia los corazones y envilece las almas”, para lo cual era necesaria, eso sí, “una política médica con un concepto antropológicamente bien definido” (Marco Merenciano, 1958: 99). Llegado a este punto, Marco estaba ya en condiciones de deslizar burdamente sus argumentos hacia el punto que le interesaba, y que no era sino la demostración palmaria de que “en todo resentido existe siempre un marxista auténtico” que los médicos debían contribuir a eliminar: “¿Es que históricamente existe algo que sea expresión más exacta del resentimiento que el marxismo? [...] Marx, como Hegel, como el propio Kant, fueron unos resentidos, [...] pero es que el marxismo, más que un producto de Marx, es una escoria de la sociedad [...]. En todo resentido existe siempre un marxista auténtico. [...] El marxismo es una enfermedad y en nuestras manos está en gran parte su tratamiento” (Marco Merenciano, 1958: 98-99).

En cualquier caso, y más allá de la patologización del enemigo republicano y del marxismo, tan grata a muchos psiquiatras franquistas y cuyo máximo valedor fue Antonio Vallejo Nágera (Huertas, 1996; Richards, 2004), la higiene mental debía estar al servicio del Nuevo Estado, creando españoles capaces de aceptar su destino por medio de la ascesis y la disciplina en torno a un jefe (Cayuela Sánchez, 2014: 127-154). En una conferencia impartida en el Consejo de Asesores Provinciales de la Falange en abril de 1945, el propio Vallejo —antiguo miembro del Consejo Directivo de la Liga y jefe de los servicios psiquiátricos del Ejército sublevado— lo declaraba solemnemente al subrayar como un “deber primordial de todos los médicos españoles [...] ocuparnos de la salud mental de la juventud, que hoy está amenazada constantemente, deliberadamente, por esas fuerzas secretas que van en contra de todo lo que representa la unidad ideológica del pueblo” (Vallejo

Nágera, 1945: 34). Por supuesto, esta tarea resultaba tanto más apremiante cuanto, como había escrito él mismo unos años antes, “la supercivilización ha [...] degenerado la raza consecutivamente a la influencia de noxas patógenas lesivas para la constitución biopsíquica individual” (Vallejo Nágera, 1941: 19), entre las que destacaban la explotación laboral, el agotamiento nervioso y las “pestes metropolitanas” (sífilis, tuberculosis, alcoholismo), pero también el espiritismo, el “contagio psíquico” y el psicoanálisis⁹. En su opinión, el deporte, la instrucción militar y la educación sexual —estimulando la castidad antes del matrimonio— eran particularmente útiles para lograr individuos sacrificados, capacitados para cumplir su misión histórica y aceptar su lugar en la sociedad; pero, en realidad, el cumplimiento de dicho objetivo solo podía alcanzarse inmunizando a los jóvenes frente a los peligros del materialismo, el liberalismo y el pluralismo democrático.

Del mismo modo lo veía Eduardo Aunós Pérez, ministro de Justicia entre 1943 y 1945, que en junio de 1944 participó en la clausura de un curso de higiene mental celebrado en Barcelona y no perdió la ocasión para expresar su convicción de que “la sanidad mental de un pueblo está íntimamente ligada con el sistema político del mismo, porque allí donde al socaire de un falso concepto de libertad puede discutirse todo en plena ágora, sometiendo a diaria reflexión las más decisivas cuestiones bajo el imperio de la pasión popular, es natural que se produzca un desequilibrio psicológico” (ABC, 10 de junio de 1944: 17). A su juicio, el respeto del orden jerárquico, la desaparición de las “disensiones de tipo partidista” y la unidad y la disciplina aportadas por el nuevo régimen habían permitido restablecer “el equilibrio moral del pueblo”, extinguiéndose “los complejos de inferioridad como la envidia o el espíritu de clases”. Contraponiéndose a la anarquía y a las bajas pasiones desencadenadas por la democracia, la “salud colectiva” se había recuperado gracias al “seguro tino” del Caudillo como “conductor del pueblo español”, pero, sobre todo, gracias a su firme compromiso con la religiosidad tradicional, único puerto seguro frente a los males de la modernidad: “Es necesario situar unos principios intangibles que estén fuera de la discusión de los hombres, sirviendo de natural basamento al desarrollo social. Estos principios deben ser de origen religioso, cual es el reconocimiento

de la religión católica como base y sustento de la fraterna convivencia de los hombres, y de orden moral, sintetizados en la recta aplicación del pensamiento cristiano en el vivir diario” (ABC, 10 de junio de 1944: 17).

A pesar de que, en líneas generales, este fue el exaltado tenor del discurso de la higiene mental durante la década de 1940, hay que reconocer que, desde el punto de vista de la organización asistencial, las primeras iniciativas del régimen se encaminaron a proseguir con la implantación de dispensarios iniciada en los años de la República. De este modo, el 24 de mayo de 1943 un decreto aprobaba la creación de nuevos dispensarios de higiene mental en los Institutos Provinciales de Higiene dependientes de la Dirección General de Sanidad. Tal como se explicaba en el preámbulo del Decreto, los dispensarios permitirían “obtener curaciones y remisiones en un tanto por ciento muy elevado” al tratar “las esquizofrenias en los seis primeros meses de la enfermedad” (sic), pero, sobre todo, tendrían “también un positivo beneficio económico para los organismos oficiales, que verían disminuir el número de enfermos en régimen de internado en establecimientos psiquiátricos” (BOE, Decreto de 24 de mayo de 1943: 5637)¹⁰.

Hacia 1960 operaban en el país alrededor de una treintena de dichos dispensarios —cuya denominación oficial pasó a ser “Secciones de Psiquiatría e Higiene Mental” de los Institutos Provinciales de Sanidad—, y en 1954 se autorizó además la extensión de sus actividades por medio de la creación de Patronatos Provinciales de Higiene Mental (BOE, 8 de marzo de 1954: 1333); pero, en líneas generales, su dotación fue siempre muy precaria y su funcionamiento claramente deficiente. En sus memorias, Carlos Castilla del Pino describe con amarga ironía las dependencias que se le facilitaron al tomar posesión en 1949 de su plaza como médico director del dispensario de higiene mental de Córdoba: “Una habitación de la segunda planta, con una grieta en el techo de tal magnitud que por ella se podía ver el propio cielo. Si llovía, aquello tendría que ser desalojado de inmediato. Ese era el dispensario de tan retórica denominación” (Castilla del Pino, 2004: 26). Y, unos años más tarde, el psiquiatra Joaquín Santo-Domingo redactaba un demoledor informe para la OMS en el que, aparte de señalar sus principales deficiencias (cobertura insuficiente, asignación

económica despreciable, falta de coordinación con otras instituciones y estamentos, adscripción rígida a las capitales de provincia y ausencia total de actividades de educación sanitaria), no escatimaba calificativos para referirse a la precariedad con la que se desarrollaba su exigua labor: “No se sabe qué puede causar más pasmo, sorpresa y admiración: si las condiciones económicas y de funcionamiento, en general, tan adversas que parecen estar previstas intencionadamente para que tales servicios no funcionen, o la labor que, a pesar de luchar contra viento y marea, desarrollan los Jefes encargados de los Servicios” (Santo-Domingo Carrasco, 1963: 23).

Por su parte, la Liga Española de Higiene Mental, prácticamente desaparecida desde la Guerra Civil, también fue revitalizada por una orden ministerial del 10 de diciembre de 1947 en la que se nombraba presidente a Antonio Piga Pascual, director de la Escuela Nacional de Medicina Legal, y vicepresidentes a López Ibor, Vallejo y Eduardo Guija Morales, director del manicomio de Cádiz (BOE, 28 de diciembre de 1947: 6815). Al parecer, dicha reactivación vino motivada únicamente por el hecho de que, al no constar actividad por parte de la Liga, España no pudo ser invitada oficialmente a participar en el Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en Londres en 1948 (Casco Solís, 1999: 112). Sea como fuere, y a pesar de que todavía se produjo un último intento de dotarla de nuevos estatutos (BOE, 10 de marzo de 1954: 1393-1394) y de que formalmente siguió existiendo hasta la década de 1970 (Parellada, 1974), lo cierto es que, salvo en algunos focos aislados, la Liga nunca recuperó un nivel de actividad apreciable, especialmente tras la creación por ley el 14 de abril de 1955 del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), el cual asumió todas las competencias relativas a la “coordinación de los servicios preventivos y los establecimientos asistenciales” (BOE, 15 de abril de 1955: 2374-2377).

El declive de la higiene mental

Como en otros ámbitos de la vida del país, el paso a la década de 1950 atemperó la retórica de combate de los psiquiatras más afines al régimen y el discurso de la higiene mental empezó a abandonar la grosera identificación ideológica entre moral católica, orden público y equilibrio psíquico para asumir un cariz más neutral y técnico centrado ante todo en el desarrollo institucional de la profesión y la asistencia psiquiátrica (Rojo Sierra, Torres González y Giner Ubago, 1967; Casco Solís, 1999: 89). En este contexto, uno de los autores que —enlazando con su protagonismo previo en las campañas divulgativas de los años treinta— reflexionó con mayor seriedad y rigor en torno a los aspectos teóricos y prácticos de la higiene mental (tanto en su vertiente meramente asistencial como en el campo de la profilaxis) fue justamente Luis Valenciano, director del dispensario de Murcia desde 1947 a 1967 (Marset Campos, 1985). En un artículo programático publicado en 1954 en los reflatados Archivos de Neurobiología, Valenciano dividía el campo de la higiene mental en dos grandes territorios: el tradicional de la “eugénica”, que busca el “mejoramiento del individuo y el grupo prestando su atención a las células germinales”, y el más novedoso de la “eutécnica”¹¹, que se ocupa de ese mejoramiento interviniendo de forma sistemática en el entorno “objetivo y subjetivo” de la persona (concéntricamente, la familia, la escuela, el trabajo y la cultura) (Valenciano, 1954: 372). Con este planteamiento, la higiene mental complementaba sus vínculos de siempre con la eugenesia, pero —tal como perspicazmente señalaba Valenciano— se prescribía igualmente un programa quizás inabarcable según el cual “desde la cuna a la tumba un psicólogo o psiquiatra debe acompañar al hombre para decidir si ha de dársele pecho o biberón y enseñar la manera de manejar los esfínteres [...], para aconsejar del modo más minucioso en la escuela, para orientar acerca de un amor incipiente, para decidir la profesión, etc. [...] La psiquiatría está a punto de dejarse seducir y creerse más grande de lo que es” (Valenciano, 1954: 386-387).

A pesar de que, por aquel entonces, otros psiquiatras españoles como Francisco Alonso Fernández ya celebraban de un modo entusiasta esta nueva “orientación psicológica de la higiene mental”¹², Valenciano no abjuraba de su formación neuropsiquiátrica y expresaba su preocupación de que “la cotización cada vez mayor de los factores psíquico-sociales”

condujera a perder de vista los “componentes somáticos de la enfermedad”: “La psiquiatría científica, sistemática, resultado de muchos años de ingentes trabajos, no puede ser echada bruscamente por la borda. [...] La psiquiatría de Freud, con todo lo que ella trajo, incluso las actuales tendencias psicossociológicas [...] ha de ser una de las alas que nos lancen hacia el futuro; pero la otra, que necesitamos para equilibrar el vuelo, es todavía la psiquiatría kraepeliniana” (Valenciano, 1960: 397-398). Pero, por otro lado, también se encontraba muy bien informado y valoraba positivamente el creciente énfasis del movimiento internacional de higiene mental —reconvertido a partir de 1948 en la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH)— en la labor profiláctica y preventiva, desplegando en el área de influencia de su dispensario una apreciable actividad de “promoción de la salud” en forma de conferencias, cursos, grupos de trabajo, artículos de prensa, folletos explicativos, cuñas radiofónicas y sesiones de orientación profesional con estudiantes, seminaristas, médicos, enfermeras, pedagogos, maestros e incluso obreros (Valenciano, 1960: 393-396).

En cualquier caso, en la década de 1950 fue sobre todo en Barcelona donde, bajo el impulso de la poliédrica figura de Ramón Sarró Burbano, catedrático de psiquiatría y director del dispensario de higiene mental de la ciudad (Sánchez Lázaro, 1985), se desarrolló un mayor número de actividades de lo que los nuevos estatutos de la Liga seguían denominando “propaganda y educación popular”. Así, por ejemplo, contando con los parabienes de las autoridades y una amplia cobertura por parte de la prensa local, en mayo de 1954 la capital catalana celebró la IV Semana de Higiene Mental, que acogió un gran número de conferencias, coloquios e incluso sesiones cinematográficas en las que se proyectaron películas de la WFMH prestadas por el consulado estadounidense y el Instituto Británico (Campos y Novella, en prensa). Asimismo, se aprovechó el evento para inaugurar varios dispositivos como la Clínica Psiquiátrica Universitaria o el Centro de Higiene Mental Infantil del Instituto de Puericultura Integral. Es importante señalar que, tanto en el discurso inaugural como en diversas declaraciones realizadas a la prensa, Sarró insistió en repetidas ocasiones en la exquisita neutralidad ideológica de la higiene mental (“una actividad de aplicación de conocimientos científicos en beneficio de la salud mental y con fines esencialmente prácticos”), apuntó la

importancia básica de todas las ciencias del hombre (entre las que, significativamente, reivindicaba de nuevo las aportaciones del psicoanálisis) para dotarla de un fundamento sólido y, sobre todo, advirtió el desplazamiento fundamental que se estaba produciendo a nivel internacional con respecto a sus fines y a su alcance, “toda vez que su objetivo primordial en la actualidad es incrementar la salud mental, principalmente de los normales, con lo cual queda anticuada la concepción de que la finalidad de la higiene mental sea simplemente la prevención y asistencia de las psicosis” (Campos y Novella, en prensa).

En un sentido estricto, estas declaraciones de Sarró —que, no en vano, había logrado en 1951 formalizar la admisión de España en la WFMH— han de tomarse como uno de los primeros testimonios de la introducción en España del nuevo concepto de salud mental impulsado desde la OMS, la WFMH y otros organismos internacionales. En un prólogo muy citado a la versión castellana del libro del psicoanalista británico James Arthur Hadfield *Psychology and Mental Health* (todavía publicado en España como *Psicología e higiene mental*), Román Alberca, director del Hospital Psiquiátrico de Murcia y catedrático de psiquiatría de la Universidad de Valencia, ya había señalado en 1952 que la psiquiatría asistía a una notable mutación por la cual ya no aspiraba a “conducir al hombre a una exacta adaptación a una norma bajo el signo de lo biológico, lo social o lo ético”, sino a “lograr la plena armonía entre la personalidad y sus fines” (Alberca, 1952: 15). Pero el trabajo que presentó de un modo más sistemático las líneas maestras del nuevo paradigma apareció en 1957 en la *Revista de Psicología General y Aplicada*, una publicación fundada y dirigida desde 1946 por José Germain, antiguo jefe médico de la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad. Su autor, Miguel Prados Such, que había tenido un papel relevante durante la República¹³, se exilió a Canadá donde fue profesor de psiquiatría de la Universidad McGill en Montreal y fundador y presidente de la Asociación Psicoanalítica Canadiense, además de actuar en diversas ocasiones como consultor de la OMS (Linares Maza, 1983).

En una exposición de corte netamente psicoanalítico y en plena consonancia con el informe de la segunda sesión de la comisión de

expertos de la OMS celebrada en 1950 (Bertolote, 2008), Prados definía la salud mental como la capacidad del sujeto de “establecer relaciones armoniosas con otras personas” y experimentar “un *mínimum* de satisfacción que le compense por el sacrificio, aunque parcial, de su narcisismo” (Prados Such, 1957: 546). Frente al énfasis tradicional de la higiene mental en la dimensión colectiva (social, genética y racial) de la enfermedad mental y su recurso al hospital especializado y el dispensario como dispositivos emblemáticos de las grandes campañas sanitarias de la primera mitad del siglo XX, la nueva comprensión de la salud mental centraba así sus objetivos en la promoción del “equilibrio afectivo y relacional” del individuo, subrayaba la “importancia etiológica del ambiente social” y postulaba la necesidad de una tupida red asistencial que permitiera intervenir “en casi todos los aspectos de la vida humana” (Prados Such, 1957: 562). La consecuencia obvia de todo ello era que resultaba ilusorio establecer unos límites definidos entre patología y normalidad (“un ideal que no existe jamás”), con lo que la “acción educadora” de los profesionales debía dirigirse en el futuro a “llevar a la gran masa popular el conocimiento de los nuevos conceptos de salud mental, conceptos fluidos y no estáticos y que incluyen el básico de que todos los individuos sufrimos más o menos intensamente de problemas, dificultades y conflictos emocionales dentro de nosotros mismos y en relación con el ambiente y que, por consiguiente, la misión importante no es tanto la de descubrir el problema como la de ayudar al sujeto a enfrentar y enfocar sus dificultades de la manera más lógica y eficaz posible” (Prados Such, 1957: 558).

Dos años más tarde, con motivo de la celebración en Barcelona de XII Reunión Anual de la WFMH, Sarró tuvo ocasión de reiterar ante las cámaras del Noticiario Documental del régimen (NO-DO) y en unos términos muy similares estas (profundas) implicaciones de la nueva cultura de la salud mental: “El concepto de psiquiatría ha cambiado y ya no es una especialidad médica circunscrita a las formas graves de desajuste con el ambiente. Dichos trastornos son solo un capítulo de la nueva psiquiatría, que después de la obra de Freud, se inspira en el concepto de salud mental que ha dado la OMS, un estado de perfecto bienestar físico, psicológico y social. Siempre que el individuo se halle por debajo de este estado [...] cae bajo la jurisdicción de la moderna psiquiatría” (Sarró, 1960: 3). En

su opinión, este planteamiento era ya perfectamente aplicable a la nueva realidad social y cultural de la población española, cuya gran transformación desde una sociedad eminentemente agraria a otra industrial era ya entonces más que evidente y —a diferencia de lo que todavía creían algunos de sus colegas— permitía deducir la existencia de un importante contingente de trastornos neuróticos y desequilibrios emocionales¹⁴. Frente a la utopía (fascista) de un país finalmente liberado de la enfermedad por medio de la más cruda y enfática reafirmación ideológica, los años finales de la década de 1950 volvían así a poner de manifiesto la alarmante presencia de los padecimientos mentales característicos del mundo contemporáneo. Para Sarró, estas “dificultades de adaptación emocional del español de nuestra época” podrían explicarse como una rémora de la pervivencia de los valores tradicionales, y, más concretamente, de la “mentalidad y el espíritu del hidalgo”, que “se cree en el deber de ser duro e interpreta la neurosis como una flaqueza” (Sarró, 1960: 11). Por su parte, López Ibor, siempre hábil y refinado en el manejo de sus argumentos, ya se preguntaba por aquel entonces si no sería la propia sociedad española la que — como todas las de su entorno— estaba “neurotizándose a sí misma” víctima de una excesiva “pendulación hacia la intimidad”, el nihilismo y la cultura de masas (López Ibor, 1964: 17-18).

Final: El ciclo histórico de la higiene mental

En síntesis, pues, paralelamente al levantamiento progresivo del aislamiento de los años de posguerra y a la entrada en una nueva etapa marcada por el “desarrollismo” y el autoritarismo tecnocrático (De Riquer, 2010), el tránsito de las décadas de 1950 a 1960 asistió a la creciente presencia en el país de un nuevo ideario destinado a desplazar el foco de los discursos y las prácticas psiquiátricas desde el interés colectivo (y nacional) al bienestar individual, desde lo biológico a lo psicosocial, desde las psicosis a las neurosis, desde el deber al derecho, y, en definitiva, desde una definición muy restrictiva a otra muy expansiva con respecto a sus problemas y atribuciones (Novella y Campos, inédito). De este

modo, puede decirse que el paso del primer al segundo franquismo, certificado simbólicamente en 1959 con la visita del presidente norteamericano Eisenhower y la aprobación del Plan de Estabilización, también tuvo consecuencias apreciables en el ámbito psiquiátrico al propiciar una transición decisiva entre los viejos planteamientos de la higiene mental y el nuevo paradigma de la salud mental.

De acuerdo con el clima político, ideológico y social de la primera mitad del siglo XX, la higiene mental había encarnado el proyecto de una mentalidad disciplinaria y tutelar y, por tanto, de una “biopolítica interventora” (Vázquez García, 2009: 16) que había convertido la conservación de la salud en una obligación recíproca del Estado y del individuo —redefinido ahora como *homo hygienicus* en el marco de una comprensión “nacionalizada” de la ciudadanía (Labisch, 1992: 142-187)— y había delegado en los expertos la gestión del riesgo social derivado de la enfermedad mental. En España, por ejemplo, no es casual que la higiene mental hiciera acto de presencia justamente en 1917, cuando la crisis del obsoleto régimen liberal de la Restauración abrió las puertas a diversas estrategias de “modernización” y superación de los “antagonismos sociales” de marcado carácter autoritario (González Calleja, 2005) y corporativo (Villacorta Baños, 1985). Como hemos visto, el rápido desencanto de los psiquiatras con la dictadura de Primo de Rivera¹⁵ los echó tempranamente en brazos de la República, hasta el punto de que un buen número de ellos se comprometió activamente y consiguió que el nuevo régimen materializara —al menos sobre el papel— buena parte de sus reivindicaciones.

Con la instauración de la dictadura franquista, el discurso de la higiene mental experimentó una clara deriva ideológica que también puede interpretarse desde el punto de vista de la racionalidad biopolítica. Así, y a pesar de los interminables debates sobre la naturaleza del franquismo en relación con el resto de movimientos fascistas y de la ausencia en España de una “psiquiatría fascista” en sentido estricto (Casco Solís, 1995: 206-207), no cabe duda de que los planteamientos de autores como Merenciano o Vallejo Nágera en la década de 1940 —en la medida en que se proponen una *Gleichschaltung* o “igualación” del cuerpo

social que pasa por la patologización y el “tratamiento” de toda alteridad o diferencia ideológica— deben alinearse con la “gubernamentalidad totalitaria” practicada por el primer franquismo (Cayuela Sánchez, 2014: 199-209). En gran medida, dichos planteamientos no implicaban una ruptura abierta con el paradigma de la higiene mental inspirado por la “gubernamentalidad social” del primer tercio del siglo XX, sino una mera radicalización (discursiva) de sus presupuestos más vinculados a la eugenesia o la higiene racial (González Duro, 1978: 21-46; Campos y Novella, en prensa), lo que también explica la pervivencia de sus aplicaciones prácticas y de sus dispositivos asistenciales de referencia.

Con el fin de la autarquía y la puesta en marcha de los programas de liberalización económica a finales de la década de 1950, la sociedad española experimentó una mejora en su nivel de vida que deparó al régimen importantes réditos legitimatorios, pero que también aproximó sus costumbres y sus valores a los del resto de países occidentales. En ese contexto, el déficit democrático consustancial al franquismo condujo a la adopción de estrategias tecnocráticas de gobierno y al ejercicio sistemático de una “gubernamentalidad autoritaria” (Cayuela Sánchez, 2014: 303-310) que pretendía conducir las conductas, conformar las “creencias” y afrontar los problemas sociales sin cuestionar el marco político existente. Pero los nuevos conceptos de salud mental, psiquiatría social y asistencia comunitaria impulsados desde la OMS y otros organismos internacionales casaban mal con dichas técnicas de gobierno, pues, no en vano, tendían a promover una visión de la acción psiquiátrica y psicoterapéutica más proclive a admitir y reconocer la autonomía y el papel activo de unos afectados que deben cultivar el imperativo de la responsabilidad y embarcarse en la búsqueda de la autorrealización y el crecimiento interior (Rose, 1999). No es improbable que, más allá de otras consideraciones, esta discrepancia (fundamental) condenase al fracaso las (tímidas) iniciativas modernizadoras del tardofranquismo en materia asistencial, y que una renovación efectiva y profunda de las prácticas psiquiátricas solo pudiera lograrse con el cambio de régimen político que siguió a la muerte del general Franco (García, Espino y Lara, 1998).

Bibliografía

ABC (1944): “El ministro de Justicia clausura el curso sobre higiene mental. Discurso del Sr. Aunós”, ABC, 10 de junio.

Acta de la sesión de la II reunión anual de la Liga Española de Higiene Mental (1929): Higiene Mental, 1(2), pp. 1-2.

Actas de la III Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental (1930): Higiene Mental, 1(3), pp. 1-12.

Alberca, R.

(1952): “Prólogo”, en J. A. Hadfield, Psicología e higiene mental, Morata, Madrid, pp. 11-15.

Alonso Fernández, F.

(1961): “Sobre la orientación psicológica de la higiene mental”, Archivos de Neurobiología, 24, pp. 388-399.

Álvarez Peláez, R.

(2003): “Higiene mental y eugenesia”, Frenia, III (1), pp. 115-122.

Bertolote, J.

(2008): “The roots of the concept of mental health”, World Psychiatry, 7 (2), pp. 113-116.

BOE

(1943): “Decreto de 24 de mayo de 1943 por el que se aprueba la creación de Dispensarios de Higiene Mental”, 11 de junio.

—

(1947): “Orden de 10 de diciembre de 1947 por la que se crea la

Junta Directiva de la Liga de Higiene Mental, constituida por los señores que se mencionan”, 28 de diciembre.

(1954): “Orden de 15 de febrero de 1954 por la que se crean los Patronatos de Higiene Mental”, 8 de marzo.

(1954): “Orden de 22 de febrero de 1954 por la que se aprueban los estatutos por los que ha de regirse la Liga Española de Higiene Mental”, 10 de marzo.

(1955): “Ley de 14 de abril de 1955 sobre creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica”, 15 de abril.

Busquet Teixidor, T.

(1928): La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene mental popular, Librería Catalonia, Barcelona.

Campos, R.

(1995a): “La sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo

xix

y principios del

xx

, Hispania, LV/3, pp. 1093-1112.

(1995b): “Psiquiatría e higiene social en la España de la Restauración”, en Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría (ed.), Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de l’Infirmier. Certificateur,

Extra Editorial, Madrid, pp. 53-66.

—

(1997): “La presencia española en el movimiento internacional de higiene mental (1922-1937)”, en *La locura y sus instituciones. Actas de las II Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría*, Diputación de Valencia, Valencia, pp. 303-322.

—

(2007): “¿Psiquiatría para los ciudadanos o psiquiatría para la represión? El problema de la peligrosidad del enfermo mental en España (1920-1936)”, en R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.), *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española*, Frenia, Madrid, pp. 15-36.

—

(2015): “Psiquiatría republicana vs. psiquiatría franquista. Rupturas y continuidades (1931-1950)”, *Letra Internacional*, 121, pp. 105-128.

Campos, R.

y

Huertas, R.

(1998): “Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18 (65), pp. 99-108.

Campos, R.

y

Novella, E. J.

(en prensa): “La higiene mental durante el primer franquismo. De la higiene racial a la prevención de la enfermedad mental

(1939-1960)", Dynamis.

Campos, R.; Villasante, O.

y

Huertas, R.

(eds.) (2007): De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española, Frenia, Madrid.

Casco Solís, J.

(1995): "Autarquía y nacionalcatolicismo", en Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría (ed.), Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de l'Infirmier. Certificateur, Extra Editorial, Madrid, pp. 197-226.

—

(1999): "Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960)", en F. Fuentenebro, G. E. Berrios, I. Romero y R. Huertas (eds.), Psiquiatría y cultura en España en un Tiempo de Silencio, Necodisne, Madrid, pp. 85-128.

Castel, R.

(1976): L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme, Éditions de Minuit, París.

Castilla del Pino, C.

(2004): Casa del Olivo. Autobiografía (1949-2003), Tusquets, Barcelona.

Cayuela Sánchez, S.

(2014): Por la grandeza de la patria. La biopolítica en la España de Franco, FCE, Madrid.

Comelles, J. M

. (1988): La razón y la sinrazón: Asistencia psiquiátrica y desarrollo

del Estado en la España contemporánea, PPU, Barcelona.

De Miguel, J. M. y Oltra, B.

(1971): “Para una sociología de la salud mental en España”, *Revista Española de la Opinión Pública*, 24, pp. 3-22.

De Riquer, B.

(2010): *La dictadura franquista*, Crítica/Marcial Pons, Barcelona/Madrid.

Dowbiggin, I. R.

(2011): *The Quest for Mental Health: A Tale of Science, Medicine, Scandal, Sorrow and Mass Society*, Cambridge, Cambridge University Press.

Espino, J. A.

(1980): “La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial”, *Estudios de Historia Social*, 14, pp. 59-106.

Fernández Sanz, E.

(1921): *Disciplina de los nervios y régimen de salud mental*, Francisco Beltrán, Madrid.

Gaceta de Madrid (1927): “Estatutos por que ha de regirse la Liga Española de Higiene Mental”, *Gaceta de Madrid*, 27 (27 de enero), pp. 562-563.

— (1931): “Ministerio de la Gobernación. Decreto”, *Gaceta de Madrid*, 188 (7 de julio), pp. 186-189.

García, J.; Espino, J. A.

y

Lara, L.

(eds.) (1998): *La psiquiatría en la España de fin de siglo: un estudio*

sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental, Díaz de Santos, Madrid.

Glick, T.

(1982): "The Naked Science: Psychoanalysis in Spain, 1914-1948", *Comparative Studies in Society and History*, 24, pp. 533-571.

Goldstein, J. E.

(1987): *Console and Classify: The French psychiatric profession in the nineteenth century*, Cambridge University Press, Cambridge.

González Calleja, E.

(2005): *La España de Primo de Rivera. La modernización autoritaria 1923-1930*, Alianza, Madrid.

González Duro, E.

(1978): *Psiquiatría y sociedad autoritaria*, Akal, Madrid.

Gracia, J.

(2014): *José Ortega y Gasset*, Taurus, Madrid.

Grob, G.

(1987): *Mental Illness and American Society, 1875-1940*, Princeton University Press, Princeton NJ.

Higiene mental

(1935): "Higiene mental", *Higiene Mental*, 3(1), pp. 5-137.

Huertas, R.

(1995): "El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España", *Dynamis*, 15, pp. 193-219.

(1996): “La psico-biología del marxismo como categoría antropológica en el ideario fascista español”, *Llull*, 19(36), pp. 111-130.

—

(2002): *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*, Frenia, Madrid.

—

(en prensa): “En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)”, *Dynamis*.

Kringlen, E.

(2003): “A contemporary history of psychiatry”, en F. Fuentenebro, R. Huertas R. y C. Valiente (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa: Temas y tendencias*, Frenia, Madrid, pp. 725-734.

Labisch, A.

(1992): *Homo Hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Campus, Fráncfort.

Lázaro, J.

(2000): “Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999)”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(75), pp. 395-515.

Liga Española de Higiene Mental (1931): *La Semana de Higiene Mental organizada por la Liga Española de Higiene Mental*, Liga Española de Higiene Mental, Madrid.

Linares Maza, A.

(1983): “La psiquiatría andaluza en la primera mitad de nuestro siglo. Personalidades destacadas: Miguel Prados Such (Málaga)”, *Archivos de Neurobiología*, 46(1), pp. 59-66.

López Ibor, J. J.

(1942): “La psiquiatría en España en la hora presente”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, pp. 15-25.

—

(1964): *Rasgos neuróticos del mundo contemporáneo*, Rialp, Madrid.

Marco Merenciano, F. (1958): “Nuevas orientaciones sobre higiene mental”, *Ensayos médicos y literarios*, Ediciones Cultura Hispánica, Madrid, pp. 87-116 [original de 1942].

Marset Campos, P.

(1985): “Luis Valenciano Gayá. Un hombre a contrapelo de su tiempo”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(15), pp. 416-426.

Novella, E. J.

(2010): “Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: A retrospective and prospective view”, *Health Care Analysis*, 18, pp. 222-238.

Novella, E. J.

y

Campos, R.

(inédito): “De la higiene a la salud mental. Ideología, discursos y prácticas en la España de Franco (1939-1975)”.

Parellada, D.

(1974): *La Liga Española de Higiene Mental*, *Salud Mental*, 0, 33-36.

Peset, J. L.

(1993): “Entre el gabinete y el manicomio: Reflexiones sobre la

psiquiatría española de fin de siglo”, en A. González de Pablo (coord.), *Enfermedad, clínica y patología. Estudios sobre el origen y desarrollo de la medicina contemporánea*, Editorial Complutense, Madrid, pp. 281-299.

Pittaluga, G.

(1931): *La higiene mental y la enseñanza de la psiquiatría*, Liga Española de Higiene Mental, Madrid.

Prados Such, M.

(1957): “Salud mental”, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 12, pp. 545-563.

Richards, M.

(2004): “Spanish psychiatry, c. 1900-1945: Constitutional theory, eugenics and the nation”, *Bulletin of Spanish Studies*, 81 (6), pp. 823-848.

Rodríguez Lafora, G.

(1916): “Los manicomios españoles”, *España*, 90, pp. 8-10.

—

(1917): “Higiene mental”, *Boletín Escolar*, 1, pp. 3-11.

—

(1928): “Organización del dispensario psiquiátrico para grandes y pequeñas urbes”, *El Siglo Médico*, 3906 (20 de octubre), pp. 5-15.

Rodríguez Ocaña, E.

(1992): *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*, Akal, Madrid.

Rodríguez Ocaña, E.

y

Molero Mesa, J.

(1993): “La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud”, en L. Montiel (coord.), *La salud en el Estado del Bienestar. Análisis histórico*, Editorial Complutense, Madrid, pp. 133-148.

Rojo Sierra, M.; Torres González, F.

y

Giner Ubago, J.

(1967): “Higiene mental y asistencia psiquiátrica”, en L. Rojas Ballesteros y F. Llaverio Avilés (eds.), *IX Congreso Nacional de Neuro-psiquiatría: Criterios actuales sobre asistencia y tratamientos psiquiátricos*, Murcia, pp. 69-91.

Rose, N.

(1999): *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, 2ª ed., Free Association Books, Londres.

Sacristán, J. M.

(1921): “Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España”, *Archivos de Neurobiología*, 2 (1), pp. 1-15.

Sacristán, J. M.; Germain, J.

y

Rodríguez Arias, B.

(1930): “Psiquiatría práctica e higiene mental (Impresiones de un viaje a los Estados Unidos)”, *Archivos de Neurobiología*, 10, pp. 327-415.

Saforcada, M.; Mira, E.

y

Rodríguez Arias, B.

(2000): “Proyecto de creación de la Liga Española de Higiene Mental”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 20 (75), pp. 535-543 [original de 1926].

Salazar Agulló, M.; Martínez Marco, E. A.

y

Bernabeu-Mestre, J.

(2007): “La salud materno-infantil durante el franquismo: Notas bibliométricas sobre el programa ‘Al Servicio de España y del Niño Español’”, Asclepio, LIX (1), pp. 285-314.

Sánchez Lázaro, J.

(1985): “El Dr. Ramón Sarró y la historia de la psiquiatría”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 5 (12), pp. 23-28.

Santo-Domingo Carrasco, J.

(1963): “La higiene mental y la asistencia psiquiátrica ambulatoria en España”, Archivos de Neurobiología, 26, pp. 22-50.

Sarró, R.

(1960): “Fomento de la salud mental en España”, Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 19, pp. 1-12.

Seashore, C. E.

(1941): “The term ‘euthenics’”, Science, 94 (2450), pp. 561-562.

Torras, O.

(2004): “Asistencia psiquiátrica. Los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia”, Frenia, 4 (1), pp. 113-120 [original de 1923].

Valenciano Gayá, L.

(1954): “Higiene mental: contenido, posibilidades y límites”, Archivos de Neurobiología, 17, pp. 365-390.

(1960): “La higiene mental en España (1926-1960)”, A Criança Portuguesa, 19, pp. 379-399.

(1977): El Doctor Lafora y su época, Morata, Madrid.

Vallejo Nágera, A.

(1941): Higienización psíquica de las grandes urbes, Instituto Provincial de Sanidad de Vizcaya, Bilbao.

(1945): “Psicopatología e higiene mental”, Ser. Revista Médico-Social, 4 (42/43), pp. 32-40.

Vázquez García, F.

(2009): La invención del racismo. Nacimiento de la biopolítica en España, 1600-1940, Akal, Madrid.

Villacorta Baños, F.

(1985): Profesionales y burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XX. 1891-1933, Siglo XXI, Madrid.

Capítulo 4

La conjura del peligro: psiquiatría y peligrosidad social en la Segunda República y el primer franquismo (1931-1960)*16

Ricardo Campos

Introducción

Numerosos estudios han insistido en señalar que la patologización del crimen, la construcción de la peligrosidad y la definición doctrinal de la defensa social han estado estrechamente ligadas al nacimiento y desarrollo de la psiquiatría (Castel 1980; Álvarez Uría, 1983; Renneville, 2003; Campos, 1997, 2007; Becker y Wetzell, 2006). Este tipo de trabajos han analizado cómo se produjo la identificación entre locura y crimen, cuáles fueron los discursos y prácticas que difuminaron las fronteras entre ambos fenómenos y cómo y por qué se pasó de propugnar la curación de todos los enfermos mentales a plantear el castigo y la segregación de aquellos que cometían actos criminales. Durante el siglo XIX, la monomanía y el degeneracionismo tuvieron una destacada influencia en la identificación del enfermo mental con el criminal, introduciendo dos cuestiones fundamentales: el estudio de la personalidad del criminal frente al acto cometido y la idea de la existencia de “locos que no lo parecen” que podían actuar violentamente por sorpresa (Foucault, 2001; Campos, Martínez y Huertas, 2001). En el último cuarto del siglo XIX a las teorizaciones psiquiátricas se sumaron las provenientes de la criminología, especialmente la italiana, que aportaron la idea del criminal nato y de la “temibilitá”, desplazando el eje del debate desde la responsabilidad e irresponsabilidad del loco criminal hacia su peligrosidad social. Además, la peligrosidad del loco se amplió a otros individuos que no eran enfermos mentales y que fueron categorizados como anormales, débiles mentales, psicópatas e incluso como vagos y vagabundos. En esta ampliación tuvieron mucho que ver los estudios sobre la mala vida

de comienzos del siglo XX (Campos, 2009; Cleminson, 2009) y muy especialmente el movimiento de higiene mental de las décadas de 1920 y 1930.

Este movimiento propugnó una importante reforma de la asistencia psiquiátrica que cuestionaba el encierro manicomial como única medida para tratar al enfermo mental, ofreciendo nuevas formas de asistencia como los servicios libres y los dispensarios de higiene mental, que contemplaban la atención al enfermo mental en régimen de libertad, la profilaxis de la enfermedad mental y la reinserción de los pacientes (Espino, 1987; Huertas, 1995).

La Segunda República supuso la cristalización política de las reformas reivindicadas por los psiquiatras durante la década de 1920. Recién instaurada, el 3 de julio de 1931, el gobierno provisional derogó la legislación que desde 1885 regulaba el internamiento de los enfermos mentales y la sustituyó por un nuevo decreto que era un calco del texto que Gonzalo Rodríguez Lafora, José Manuel Sacristán y Jaime Escalas habían presentado en 1929 en la III Asamblea de la Liga de Higiene Mental (LHM) con el título de Anteproyecto de Legislación para la Asistencia del Enfermo Psíquico (Lázaro, 2000). La nueva legislación, entre otras cuestiones, impulsaba un nuevo entramado asistencial basado en la prevención y profilaxis, creaba los servicios libres y confería a los psiquiatras un papel fundamental en el ingreso de los enfermos mentales en detrimento de otras instancias como la judicial. Además, estuvo acompañada de medidas dirigidas a consolidar la profesión, mejorar la formación del personal sanitario y garantizar la asistencia y reincorporación social de los enfermos psíquicos.

Sin embargo, pese a las propuestas y debates sobre la equiparación de la enfermedad mental al resto de patologías, de las críticas al manicomio y del impulso de los servicios abiertos y dispensarios de higiene mental, la inquietud social que suscitaba el enfermo mental estuvo presente en el discurso reformista hasta el punto de que la peligrosidad de este constituyó una de las bases de la reforma republicana, manteniéndose la identificación entre locura, criminalidad y peligrosidad que venía desarrollándose desde el siglo XIX (Campos, 1997; 2007). El propio Decreto de 1931, conservaba un notable sesgo custodial y de defensa social, pues introducía la

peligrosidad del paciente como un elemento esencial para decidir su suerte. Así, los enfermos ingresados contra su voluntad y “en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales” debían ser destinados al servicio cerrado, mientras que los no peligrosos lo serían al servicio abierto. Se consagraba, así, un modelo asistencial dual que se fundamentaba no solo en argumentos humanitarios y científicos sino también en criterios administrativos y de defensa social que poco tenían que ver estrictamente con conceptos psicopatológicos.

La dictadura franquista amputó la reforma republicana, erigiendo una psiquiatría acorde con los valores que propugnaba. La tarea de negación del pasado inmediato fue en el terreno psiquiátrico, como en el resto, metódica y se apeló a la supuesta tradición asistencial que España tenía desde el siglo XV (Casco Solís, 1999; Huertas, en prensa). La higiene mental republicana con un fuerte sesgo modernizador y espíritu cívico y regenerador, dio paso a una higiene racial que identificaba la decadencia de la raza española con las políticas republicanas y con la modernidad.

Sin embargo, a pesar de la ruptura hubo líneas de continuidad importantes. El franquismo no derogó el Decreto del 3 de julio de 1931, aunque obvió los aspectos más importantes de la reforma (Aparicio Basauri, 1997; Campos, 2015). Y, desde luego, la peligrosidad del enfermo mental permaneció bien arraigada en el discurso y las prácticas psiquiátricas del franquismo, si bien fue reinterpretada bajo los parámetros ideológicos del nuevo régimen político. En ese proceso la psiquiatría junto al derecho y la Iglesia jugaron un importante papel (Campos, 2016). El concepto y la aplicación de los criterios de peligrosidad se ampliaron notablemente, en relación directa a la simplificación de la normalidad que impuso la dictadura, tomando como punto cardinal la asimilación de enemigo político al desorden y a los comportamientos anormales. La Ley de Vagos y Maleantes (LVM) aprobada el 4 de agosto de 1933 constituye, en este sentido, un ejemplo de continuidad legislativa entre ambos regímenes políticos.

El objetivo de este trabajo es analizar los discursos psiquiátricos sobre la peligrosidad social del enfermo mental y de los anormales desarrollados por la psiquiatría durante la República y el primer

franquismo con el fin establecer las líneas de ruptura y continuidad de los mismos en dos regímenes políticos opuestos y fundados en valores diametralmente opuestos. Asimismo, como ejemplo legislativo analizaremos las líneas generales de la LVM y los motivos que aseguraron su mantenimiento durante el franquismo.

La conjura democrática del peligro: higiene mental, peligrosidad y prevención del delito en la Segunda República

El movimiento de higiene mental perfilado en España en la década de 1920, pero con importantes antecedentes en la política asistencial de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924), dirigió sus esfuerzos a la reorganización de la asistencia psiquiátrica promoviendo la prevención de las enfermedades mentales y la reinserción de los pacientes mentales (Comelles, 1988; Campos, 1995). Su vocación intervencionista en la sociedad, más allá de los muros del manicomio entre los que se encontraba relegada la psiquiatría, era evidente en los textos programáticos y en las acciones emprendidas por los psiquiatras adheridos a dicho movimiento. En líneas generales, sus iniciativas estaban movidas por el deseo de dignificar la profesión, mejorar las condiciones asistenciales, remedicalizar y humanizar la psiquiatría. Pero los anhelos científicos y profesionales estaban acompañados también del deseo, compartido con otros colectivos, de regeneración y modernización del país. Con el fin de reforzarse profesionalmente y de debatir y convencer al poder político y a la sociedad sobre la necesidad de las reformas, se dotaron de los instrumentos necesarios como la revista Archivos de Neurobiología, la Asociación Española de Neuropsiquiatras (AEN) y la Liga de Higiene Mental creadas en 1924 y 1927 respectivamente (Lázaro, 2000; Huertas, 1995).

La Segunda República supuso la plasmación política de estas propuestas. El compromiso de la mayoría de los psiquiatras con el progreso, modernización y regeneración del país contribuyó a la

buena sintonía con los valores éticos republicanos, que se hizo evidente con el protagonismo que tomaron en la promulgación del Decreto del 3 de julio de 1931. El movimiento de higiene mental confluyó y formó parte de la creación del estado republicano, contribuyendo a la construcción de un modelo de ciudadano mentalmente equilibrado y consciente de sus deberes y derechos. En este sentido, Emilio Mira señalaba en 1932 que el objetivo de la higiene mental, era “conseguir que cada persona tuviera un exacto conocimiento de sus derechos y deberes sociales, una clara comprensión de la razón de los mismos, un intenso convencimiento de la superioridad real de los actos sociales sobre los antisociales delictivos y, de otra parte, un gran temor a las consecuencias, más morales que materiales, de la conducta delictiva” (Mira y López, 1932: 239).

La prevención de las enfermedades mentales tenía, como se desprende del texto de Mira, un frágil equilibrio entre los aspectos humanitarios y científicos y los de defensa y control social. La peligrosidad social del enfermo mental, lejos de ser un asunto marginal para el movimiento de higiene mental, era central y determinaba las políticas y acciones que debían llevarse a cabo. Tomás Busquet, uno de los impulsores de la AEN y de la LHM, reconocía en 1928 la doble faceta de la higiene mental al escribir que esta “es una ciencia esencialmente práctica e involucra dos finalidades distintas, una puramente humanitaria y otra francamente egoística, de protección y defensa de la sociedad y de la raza” (Busquet, 1928). Un año antes, Manuel Saforcada, a la sazón presidente de la AEN, en la sesión inaugural de la Primera Reunión de la LHM expresó con nitidez la simetría entre prevención de la enfermedad mental y defensa social, al afirmar que el objetivo de la Liga era “estudiar y proponer la adopción de todo orden de medidas preventivas contra la locura y la criminalidad” (Sesión Inaugural, 1928: 2).

La tradicional vinculación entre locura y crimen se reforzó en los años 1920 y 1930 con la preocupación por la prevención de la criminalidad y por la peligrosidad potencial del enfermo mental ampliamente debatidas en el seno de la AEN y de la LHM. Además, la reforma psiquiátrica se entrecruzó con una nueva conceptualización jurídica y penitenciaria de la peligrosidad

promovida por algunos juristas y penalistas como Luis Jiménez de Asúa que, a su vez, sustentó la reforma penitenciaria republicana, creándose espacios comunes como el Instituto de Estudios Penales (1932) y el Servicio de Biología Criminal (1933) donde psiquiatras y juristas compartían responsabilidades (Gargallo Vaamonde, 2011).

Manuel Ruiz Maya fue uno de los psiquiatras que más reflexionó sobre la peligrosidad del enfermo mental como lo muestran sus intervenciones en las reuniones anuales de la AEN y su exhaustivo Manual de psiquiatría penal y civil, publicado en 1931. En 1927, en la II Reunión Anual de la AEN presentó su trabajo “La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico” (Ruiz Maya, 1928) que tuvo su continuación en la ponencia titulada “Limite de la peligrosidad en los enfermos mentales” (Ruiz Maya, 1930), presentada en la reunión de 1928. Ruiz Maya consideraba que desde el punto de vista psiquiátrico, la peligrosidad y la enfermedad mental se confundían, señalando que el problema no radicaba solo en la comisión de actos peligrosos sino en la potencialidad de cometerlos: “en todo enfermo mental debemos ver siempre un posible perturbador, un perturbador en potencia de las normas habituales de vida” (Ruiz Maya, 1928: 6). Su enfoque de la peligrosidad se distanciaba de la tradición jurídica que centraba su atención en la contravención de la ley, ampliándola a la vulneración de la moral pública “no sujeta sino a la reglamentación tácita del hábito o de la costumbre, y a cuanto la constituye o informa” (Ruiz Maya, 1930: 59). Estas infracciones o reacciones, que denominaba paralegales, ensanchaban la mirada sobre la peligrosidad. La catalogación como peligrosas de las conductas no penadas por la ley pero desviadas del consenso social sobre la normalidad, permitía a la psiquiatría y a la criminología ensanchar su campo de actuación y ofrecer fórmulas al Derecho para la prevención del delito. En este sentido, Mira señalaba que la “verdadera finalidad” de este debía ser “evitar la delincuencia” y para lograrlo, la acción jurídica tenía que desbordar “el estrecho campo de la acción penal para lanzarse en el fértil terreno de la higiene social y más concretamente de la profilaxis delictiva” (Mira y López, 1932: 236).

Ahora bien, la psiquiatría se situaba ante el desafío de averiguar

científicamente qué sujetos eran potencialmente peligrosos. Rodríguez Lafora proponía que no se estudiase solo “la peligrosidad de los enfermos mentales, sino también la de los individuos normales, con reacciones caracterológicas violentas” (Rodríguez Lafora, 1929: 67). Joaquín Fuster en colaboración con Mira, emprendió entre 1929 y 1935 una investigación en la Cárcel Modelo de Barcelona (Montero-Pich, 2014) para establecer científicamente los parámetros de la peligrosidad y la moral del delincuente, realizando diferentes tipos de test psicológicos con muestras tanto de reclusos como de población “sin problemas con la justicia”. Para explorar la “vida instintiva individual”, desarrolló junto a Mira la “prueba de la penalización de los delitos” (Müllberger, Balltandre Pla, Montero-Pich y Graus, 2015: 76-79). Por su parte, Mira publicó sus resultados en su Manual de Psicología jurídica donde también comparaba las respuestas de la población reclusa con la “normal”, para establecer la peligrosidad potencial de esta última (Campos, 2007). Por tanto, a comienzos de los años treinta, la psiquiatría había pasado de definir al enfermo mental como peligroso a proponer el estudio de todas las personas sanas en busca de su potencial peligrosidad.

No obstante, conscientes de las dificultades que entrañaba estudiar a toda la población, los psiquiatras defendieron la implantación del reconocimiento psicofísico de todos los delincuentes como medida de defensa social que permitiera diferenciar a los criminales enfermos de los normales y poder actuar en consecuencia. Además argüían que el examen profundo de los delincuentes no alienados era fundamental para “inquirir su grado de peligrosidad y corregibilidad” y poder conocer “el tipo biológico de su personalidad y los factores etiológicos que han motivado su reacción antisocial” (Saforcada y Torras, 1930: 453). En esta línea, en febrero de 1933 se creó en Madrid el mencionado Servicio de Biología Criminal con el objeto de estudiar científicamente a “todos los delincuentes [...] reclusos en las prisiones” de la capital y obtener así datos “sumamente valiosos, de evidente trascendencia práctica, que no solo permitan un pronóstico social, sino que, al mismo tiempo proporcionen el material básico para organizar de un modo severamente científico la profilaxis de la criminalidad” (Gaceta de Madrid, 1933a: 1964). Sin embargo, el Servicio nunca llegó a funcionar.

Los debates sobre la peligrosidad también alcanzaron al Código Penal de 1928 (Campos, 1997). El anuncio en 1925 por parte del gobierno de Primo de Rivera de la redacción de un nuevo código, suscitó expectativas entre los psiquiatras que se apresuraron a solicitar la inclusión en el mismo de los individuos que “estando en los aledaños de la locura, no acusan trastornos ostensibles de bastante relieve para que puedan considerarse como alienados”. Como solución proponían aplicar la “doctrina de la defensa social” tratándolos como “anormales psíquicos” que constituyen “un verdadero peligro” con el fin de que no estuvieran en condiciones “de causar daño, y no como actualmente acontece, dejarlos en libertad” (Safarcada y Busquet, 1926). Sin embargo, el código promulgado en 1928 fue criticado por los psiquiatras porque omitió sus demandas sobre la inclusión de la peligrosidad como criterio fundamental para abordar legalmente la enfermedad mental y las anormalidades psíquicas, manteniendo, por el contrario, la responsabilidad del delincuente como doctrina central (Campos, 1997).

El código de 1928 fue anulado por el gobierno de la República el 15 de abril de 1931, restituyendo el de 1870 que tuvo que ser adaptado a la legalidad republicana. La Comisión Jurídica Asesora creada para tal fin republicanizó el mismo con rapidez. El psiquiatra y militante socialista José Sanchís Banús introdujo una nueva redacción del artículo 8 que permitía una mayor flexibilidad en la interpretación de los casos de locura pero no introdujo ninguna de las reivindicaciones esgrimidas por los psiquiatras sobre la prevención del delito y tampoco sobre las medidas de seguridad que debían aplicarse a los potencialmente peligrosos o a los delincuentes, quedando pospuestas a la futura promulgación de un código genuinamente republicano que nunca vio la luz como consecuencia de la Guerra Civil. Sin embargo, en cierto modo, las pretensiones de los psiquiatras fueron recogidas en la Ley de Vagos y Maleantes (LVM) del 5 de agosto de 1933.

La salvación de España: peligrosidad e higiene racial durante el primer franquismo

La patologización del enemigo político

La instauración de la dictadura franquista supuso el fin de la reforma psiquiátrica republicana. Pese a que se mantuvo el Decreto de 3 de julio de 1931 y una cierta conexión epistemológica entre ambos periodos favorecida por la común formación académica recibida por los psiquiatras, el franquismo construyó una psiquiatría acorde con los principios políticos y morales del Nuevo Estado (Comelles, 1988; Campos, 2015). La persecución y represión política hacia los psiquiatras que se significaron por su fidelidad a la República fue acompañada de una impugnación ideológica de las políticas republicanas que fueron consideradas poco originales y vinculadas a modas extranjeras. Frente a ello se reivindicó una supuesta tradición genuinamente española inaugurada por el padre Jofré en el siglo XV (Casco Solís, 1999; Campos y Novella, en prensa) que sirvió para marcar las líneas maestras de la nueva higiene mental y de la asistencia psiquiátrica que debían sustentarse “sobre unas bases propias, adaptadas a nuestras circunstancias y a la personalidad del español” (López Ibor, 1942: 24).

Frente a la higiene mental republicana, marcada por el deseo de regeneración, de reforma social y de construcción de una ciudadanía equilibrada mentalmente, consciente de sus derechos y deberes, se erigió una higiene mental que perseguía la creación de un nuevo sujeto, el “homo patiens”, caracterizado por ser “un sujeto resignado, un sujeto que” soportaba “las privaciones” y que vivía “estoicamente en el sufrimiento”. (Cayuela, 2009: 284). Ese “homo patiens” conducía a la aceptación de las desigualdades sociales “naturalmente establecidas” y al “saber estar” ante las adversidades. Así, la higiene mental franquista definió una serie de rasgos psicológicos y espirituales, profundamente católicos, como consustanciales al ser español, estableciendo a partir del cumplimiento de los mismos la línea divisoria entre normalidad y anormalidad.

En 1941, Vallejo Nágera en su libro Higienización psíquica de las

grandes urbes vinculó la conflictividad social a la inmoralidad y anormalidad psíquica de los obreros, señalando que: “Las personalidades psicopáticas, los amorales, los hipertímicos irritables o eréticos, los epileptoides, los rencorosos e inadaptados, los vagabundos y los holgazanes, reaccionan generalmente al trabajo escasamente remunerador de las grandes urbes, inscribiéndose en las asociaciones políticas extremistas de acción, nutriendo las filas de atracadores, juventudes libertarias de vanguardia, propagandistas, etc., que en todas las naciones constituyen peligroso núcleo social, levadura de bandidaje, de la estafa, de la violación y del incendio” (Vallejo, 1941: 31). Ideas que retomaría en 1943 en su artículo “Medicina Social e Higiene Mental”, donde proponía un programa de intervención social con trasfondo político en el que la higiene mental quedaba vinculada a la moralización del pueblo y a la paz social, destruida por las ideas y costumbres que la civilización moderna le había inoculado (Vallejo, 1943: 56).

En estos discursos se detecta además de la redefinición de la higiene mental una conceptualización político social de la peligrosidad concordante con la política represiva de la dictadura. En ese sentido, la principal novedad fue que la psiquiatría se puso al servicio de la represión franquista y la defensa social derivó en defensa política. Así, los psiquiatras afines al franquismo no escatimaron medios en criminalizar y patologizar la democracia como un régimen degenerado que había socavado la esencia del pueblo español. El caso más paradigmático fue el de Vallejo Nágera que dedicó gran parte de sus esfuerzos “científicos” a etiquetar a los enemigos políticos del régimen como anormales, débiles mentales y psicópatas. Su discurso, compartido, entre otros, por López Ibor, Camy o Marco Merenciano, recalcaba que desde el siglo XVIII, como consecuencia de la introducción de ideas anticatólicas, liberales y democráticas, España había perdido paulatinamente la esencia de sus valores forjados entre los siglos XV y XVII. La Segunda República representaba la culminación de ese largo proceso degenerativo.

En su libro *Eugenesia de la Hispanidad* (1937), Vallejo analizaba las supuestas causas de la degeneración de España y proponía un plan de regeneración racial de marcado corte espiritual. A priori el objetivo del libro se enmarcaba en la tradición de la literatura

científica del degeneracionismo. Sin embargo, tanto el marco ideológico en el que se inscribía como el contexto de enfrentamiento civil en el que estaba escrito, suscitaban algunos puntos de ruptura importantes con el tópico de la degeneración racial del pueblo español mantenida hasta entonces por la ciencia. Si el degeneracionismo desde el último cuarto del siglo XIX había posibilitado la explicación en términos sociopatológicos de las alteraciones y problemas sociales, dando respuesta científica a los miedos y angustias finiseculares, y generado un sinfín de metáforas basadas en el uso de términos biológicos y médicos para explicar la decadencia del país y proponer los remedios para enmendarla, en la obra de Vallejo Nágera este discurso se transformaba en un programa político-psiquiátrico al servicio de la causa golpista (Campos, 2014). La tajante impugnación de la modernidad, el liberalismo y la democracia implicaba un plan regenerativo consistente en practicar una política de higiene racial dirigida a la eliminación de la democracia y la creación de una sociedad autoritaria, vertical, gobernada por una élite aristocrática selecta que reprimiera sin contemplaciones al enemigo político (Vallejo, 1937). No obstante, la idea de raza que manejaba Vallejo no era biológica sino espiritual y tenía fuertes correspondencias con la idea de Hispanidad (Morodo, 1985; González Cuevas, 1997) desarrollada, entre otros, por Ramiro de Maeztu jefe de filas de Acción Española, organización en la que nuestro psiquiatra militó antes de la guerra. De esta manera, el lenguaje científico le permitía legitimar sus argumentos y propuestas de higiene de la raza, próximos a los postulados del catolicismo y alejados de las propuestas eugenésicas defendidas por el nazismo y otros grupos fascistas (Álvarez, 1998; Huertas, 1998).

En su extensa obra Vallejo Nágera repetirá insistentemente que los partidarios de la democracia eran dementes y psicópatas, argumentando que la modernidad había liberado “las tendencias psicopáticas de las masas” (Vallejo Nágera, 1937: 40) y que el líder revolucionario era en esencia un individuo “inmoral, sanguinario, egolátrico, cínico” que atraía “fatalmente a todos los individuos de tendencias psicopáticas” (Vallejo Nágera, 1937: 53). Las filas, por tanto, del conglomerado republicano estaban compuestas por oligofrénicos, anormales y psicópatas fanatizados, sin que operaran en ellos las inhibiciones de las tendencias inmorales y antisociales.

En esta línea, en 1938 en su condición de jefe de los Servicios Psiquiátricos del ejército rebelde, dirigió el Gabinete de Investigaciones Psicológicas instalado en el Campo de prisioneros de San Pedro de Cardeña (Burgos), con el objeto de “investigar las raíces biopsíquicas del marxismo” (Vinyes, Armengou y Belis, 2002: 31; Huertas, 1996; Bandrés y Llavona, 1997). Si bien pretendía estudiar cinco categorías de presos republicanos (separatistas vascos, varones marxistas españoles, marxistas y separatistas catalanes, brigadistas internacionales y milicianas marxistas), los resultados publicados en colaboración con Eduardo Martínez, bajo el título genérico de “Biopsiquismo del Fanatismo Marxista” se limitaron a los dos últimos grupos. La intención política de la investigación era evidente. Se pretendía, utilizando la retórica de la ciencia, desprestigiar al enemigo político, vincular su ideología con la enfermedad mental y la personalidad anormal. Los objetivos de la investigación eran el estudio de “las relaciones entre determinada personalidad biopsíquica” y la “predisposición constitucional al marxismo [...]”, la proporción del fanatismo marxista en los inferiores mentales” y “la proporción de psicópatas asociales en las masas marxistas” (Vallejo Nágera, 1938a: 174).

Estas ideas sobre la anormalidad y peligrosidad de los enemigos políticos, impregnaron el discurso psiquiátrico. Así, Francisco Marco Merenciano en 1942 en su conferencia “Nuevas Orientaciones sobre Higiene Mental” defendió que la higiene mental tenía como principal objetivo combatir el resentimiento que, a su juicio, alimentaba a los marxistas, afirmando que “en todo resentido existe siempre un marxista auténtico” y que “el marxismo [...] es una enfermedad y en nuestras manos está en gran parte su tratamiento” (Marco Merenciano, 1958: 98-99). En 1943, en el manual, dirigido a la formación de la policía, *Contestaciones al programa de psicología criminal* con nociones de psiquiatría, sociología y política criminal, publicado por el neuropsiquiatra de la Dirección General de Seguridad Francisco Echalecu y Canino (Bandrés, Llavona y Zubieta, 2013), se podía leer que los psicópatas fanáticos “dominados por ideas o pensamientos aislados o agrupados” las mantenían ante el mundo “con tenacidad, ensañamiento e incorregibilidad, ya sea en forma de lucha violenta, audaz y desconsiderada [...] ya sea como mártires de la causa” (Echalecu, 1943: 191), identificándolos con los “comunistas, anarquistas,

exaltados”, cuya peligrosidad se manifestaba por su “agresividad exaltada”, la frialdad en la comisión de sus crímenes, la organización de “bandas de pistoleros” y la ejecución de “asesinatos guiados por una furiosa exaltación”, como había quedado demostrado “en la pasada dominación roja” (Echalecu, 1943: 192).

La patologización de la protesta social, de las revoluciones e ideologías políticas contrarias al orden establecido, era una práctica habitual de la psiquiatría, la higiene social y la criminología (Álvarez-Uría, 1983; Campos, Martínez y Huertas, 2001). El caso más emblemático fue el de Cesare Lombroso que en su libro *Los anarquistas* caracterizó a estos como criminales natos. De hecho, Rodríguez Lafora, Saforcada o Ruiz Maya no dudaron en vincular los trastornos psíquicos a las revueltas y revoluciones. Este último en su ponencia de 1927 advertía del peligro que constituía que los enfermos actuaran en política “con sus falsas concepciones de la vida, arrastrando a masas más o menos extensas a revueltas, motines y revoluciones, a actitudes pasivas contrarias a la conveniencia general” (Ruiz Maya, 1928: 67), remarcando que entre las desviaciones de la normalidad constitucional “crece lozana la flor del caudillaje y del proselitismo, aunque sea en reducida esfera”. Palabras que el psiquiatra franquista Eduardo Martínez hizo suyas, ocultando la autoría original, en la ponencia que presentó en el II Congreso Nacional de Neuropsiquiatría organizado por la recién recuperada AEN (Martínez, 1950: 256).

No obstante, pese a la continuidad de este tipo de proclamas, la diferencia sustancial del periodo franquista estribaba en la exacerbación de las mismas y en su conversión, revestida de ropajes científicos, en política de Estado con consecuencias reales sobre el enemigo político, que era eliminado, encarcelado o segregado socialmente sin contemplaciones. No en vano el país se convirtió, en una “inmensa prisión” con la proliferación de campos de reclusión y recintos que sirvieron de cárcel para encerrar a cerca de 400.000 personas (Gómez Bravo, 2012: 232-235) .

Anormales y psicópatas

Pero la psiquiatría franquista también aportó sus reflexiones a la gestión de la población marginal que practicaba formas de vida inmorales que atentaban contra el orden social y moral de la dictadura. La crisis económica derivada de la Guerra Civil, ahondada por la política autárquica del franquismo durante la década de los cuarenta, endureció las condiciones de vida de una parte sustancial de la población. Obligada a vivir en una situación límite, la población española desarrolló estrategias de supervivencia, no siendo ajena a estas la extensión de la delincuencia común (Mir, 2005; Moreno, 2005), y el aumento de la prostitución femenina (Guereña, 2005). No obstante, las diferencias entre la represión política y la delincuencia común no fueron diáfanas pues en buena medida los grupos sociales pobres y marginales del primer franquismo, lo eran también por su calidad de derrotados en la guerra. De hecho, la fiscalización de la vida “de las personas” por parte de los tribunales de justicia, “muestra una relación existente entre delincuencia común de posguerra, y su punición, y la represión política, en un contexto social caracterizado por la miseria y el control social” (Mir, 2005: 69).

En este contexto, los esfuerzos de los psiquiatras se dirigieron a determinar qué individuos eran peligrosos, cuáles eran sus características biopsíquicas y qué medidas de prevención y corrección se podían articular para garantizar la normalidad que preconizaba el régimen.

Estas reflexiones y propuestas estuvieron atravesadas por un debate soterrado sobre el papel de la herencia biológica y el medio en la génesis de las enfermedades y anomalías psíquicas. El debate no era nuevo pero en un escenario marcado por el triunfo del nazismo, y la dureza de sus políticas eugenésicas, cobraba una importancia peculiar. La fuerte influencia del catolicismo en las filas de los sublevados y su rechazo doctrinal a las ideas y prácticas eugenésicas más radicales como la esterilización o a la eliminación de los anormales e indeseables, moderaron los postulados biologicistas de los psiquiatras que limitaron la importancia de la herencia en la génesis de los trastornos mentales a una vaga predisposición biológica (Álvarez Peláez, 1998, 2007; Huertas, 1998; Campos y

Huertas, 2012). Vallejo Nágera dejó claro en numerosas ocasiones que “el daño le viene a la raza del medio ambiente” (Vallejo, 1938b: 7), e insistió en la idea de que la regeneración racial “del Nuevo Estado” debía centrarse más en la mejora de “las condiciones ambientales” que en la excesiva preocupación por “mejorar las cualidades de la herencia” (Vallejo, 1938b: 21). La subordinación de la herencia a la influencia del medio ambiente tenía importantes connotaciones políticas. Su influjo era esencial para explicar el paso al acto delictivo del sujeto anormal y sobre todo, al liberar del fatalismo biológico al individuo peligroso se abrían importantes posibilidades de reeducación y recuperación del mismo.

Pese a la influencia de la Iglesia y de Vallejo Nágera, hubo, aunque minoritarias, voces discrepantes (Campos, en prensa). Un sector del bloque franquista, animado por los triunfos nazis en la guerra mundial defendió la fascistización del régimen (Moradellos, 2000). En sintonía con ello, algunos médicos y psiquiatras se mostraron partidarios de los postulados abiertamente biológicos y favorables al reduccionismo hereditario defendidos en Alemania. Estas diferencias, se atenuaron tras la derrota alemana en favor de los postulados del nacionalcatolicismo (Casco Solís, 1999: 96- 97; Gómez Bravo, 2008), y significaron una cierta reubicación del papel de la herencia biológica en la explicación de las personalidades peligrosas.

Echalecu, en su mencionado manual, mantuvo una orientación abiertamente biologicista, resaltando el papel de la herencia biológica como sustrato de las anomalías psíquicas y de la criminalidad: “La condición del carácter criminal, verdaderamente insustituible, es siempre una anomalía de la constitución psicofísica, anomalía que se refiere de un modo especial al desarrollo de la corteza cerebral” (Echalecu y Canino, 1943: 159-160). En este sentido, consideraba que las prostitutas, los homosexuales, los vagabundos y los mendigos eran el fruto de una tara hereditaria. También señalaba que la imbecilidad, la debilidad mental y la idiocia, aunque podían ser ocasionadas por lesiones cerebrales adquiridas, en la mayoría de los casos tenían un “origen hereditario”. Tampoco escapaban a esta lectura las psicopatías a las que consideraba “constituciones anormales permanentes” que afectaban la vida volitiva y afectiva de los individuos en un “grado

tan acentuado que impiden o dificultan” la consecución “de los fines normales de la vida” como “la profesión, matrimonio, incorporación social completa, estabilidad [y] capacidad de dar mayor rendimiento cuando aumentan las exigencias sociales”. El peligro social que entrañaban residía en que además de ser fracasados, podían llegar a convertirse en perturbadores, haciendo “sufrir a la sociedad”, con sus comportamientos sociales desviados (Echalecu y Canino, 1943: 113). Echalecu calculaba que en Madrid había 100.000 psicópatas, el 10 por ciento de la población. Ante cifras tan altas, defendía la necesidad de emprender investigaciones de corte biológico sobre los criminales, creando centros de investigación específicos semejantes al Centro de Investigación Biológico Criminal de Baviera, que había visitado recientemente. La importancia de este centro residía en que podía “hacer posible un inventario biológico-hereditario de un grupo de población” influyendo en la “administración de la justicia punitiva” y en el pronóstico de las conductas delictivas (Echalecu, 1943: 184-187).

Por su parte, Eduardo M. Martínez, en sus trabajos sobre la prostitución femenina señaló que esta no la determinaba el ambiente sino “la constitución biopsíquica” de estas mujeres, lo que obligaba a “estudiar biológicamente la personalidad biopsíquica de la prostituta, dentro de la anormalidad por trastornos de la evolución mental, o de la anomalía psicopática” (Martínez, 1942: 77).

Sin embargo, tras la derrota militar del fascismo en 1945, el régimen viró claramente hacia el catolicismo ortodoxo (Botti, 2008; Gallego, 2014: 483-842) y modeló una visión en que los componentes biológicos quedaron mitigados y subordinados a la respuesta que el individuo anormal diera a los estímulos del medio. Un ejemplo interesante de esta tendencia lo constituye la larga ponencia Contribución de la Psiquiatría a la profilaxis social del delito presentada por los psiquiatras Manuel Pérez de Petinto y Eduardo M. Martínez en el II Congreso de Neuropsiquiatría celebrado en Valencia en 1950.

Cada autor presentó su aportación por separado. Pérez de Petinto, al igual que la mayoría de trabajos al uso, repasaba en relación al delito y la peligrosidad los estados oligofrénicos, psicopáticos, de

neurosis y psicóticos, intentando establecer las diferencias entre ellos, su relación con la comisión de delitos y su grado de peligrosidad. No obstante, el interés de su trabajo reside en el análisis de las causas del delito y en las medidas profilácticas propuestas. Sin negar la existencia de individuos con personalidades asociales producto de la herencia biológica, se decantaba por la influencia del medio como posible detonante de reacciones peligrosas y delictivas (Pérez de Petinto, 1950: 187). Desde este planteamiento la profilaxis del crimen se fundamentaba en un cierto optimismo porque abría la posibilidad de atacar de raíz sus causas y de corregir a la mayoría de los asociales: “Pero más bien se admite que la enfermedad, en muchos casos, aparece por la acción recíproca de la disposición individual con el influjo del medio ambiente ejerciendo una acción propulsiva; pero en otras circunstancias puede ser de acción nula o de beneficiosa inhibición, especialmente para los niños, aún moldeables por su misma plasticidad, ya perdida en el adulto” (Pérez de Petinto, 1950: 200).

Las medidas profilácticas que proponía iban desde la higiene del embarazo hasta la profilaxis de la infancia, insistiendo en la importancia de la educación moral y física del niño en un ambiente familiar sano y religioso. Sus propuestas sintonizaban con las políticas de protección de la infancia y de la madre puestas en marcha por el régimen a través de disciplinas como la pediatría (Polo Blanco, 2006: 14-15), de obras como las de Auxilio Social (Cenarro, 2005: 109-143) y de leyes específicas como las de Sanidad Infantil y Maternal del 12 de julio de 1941 (Cayuela, 2014: 107-108).

Por su parte, Eduardo Martínez suavizó sus pasadas posiciones biologicistas, al plantear la primacía del medio ambiente sobre “las tendencias hereditarias [...] condicionándolas y modificándolas” continuamente. Si estas últimas se imponían y conseguían “orientar y condicionar” a las hereditarias, “el hombre normal, el hombre bueno” era la resultante (Martínez, 1950: 250). Esta posición medioambientalista le permitía proclamar que la profilaxis de la delincuencia tenía dos campos de acción: una, la rehabilitación, corrección y cura del delincuente y otra, la “neutralización” de su posible daño” a la sociedad (Martínez, 1950: 251).

El trabajo como herramienta rehabilitadora era fundamental tanto para los reclusos “normales” como para los anormales (Martínez, 1950: 251). Ahora bien, las diferencias de las características biopsíquicas de la personalidad determinaban tanto el tipo de trabajo como de institución en que habían de ser recluidos. Los anómalos por debilidad mental debían realizar trabajos en régimen abierto de colonia agrícola de extensión, mientras que los irritables debían emplearse en “colonia agrícola de deportación”. Otros, como “los desviados de la afectividad” encajaban en actividades fabriles o en obras públicas (Martínez, 1950: 260). Para conseguir ubicar a los individuos en la institución y tipo de trabajo que les beneficiaba en su rehabilitación, era necesario “el conocimiento biopsíquico del delincuente” por lo que demandaba el funcionamiento de “Gabinetes de Investigaciones Psicológicas” en las prisiones y la creación de un Gabinete Central que tuviera como misión “el estudio individual de las fichas obtenidas” con el objeto de proponer las “orientaciones prácticas” para la “reforma en cada caso”. Tareas que debían ser completadas por los Dispensarios de Higiene Mental, donde se debía determinar el “grado de peligrosidad social del asistido” (Martínez, 1950: 260).

La importancia que cobraba el trabajo en las propuestas profilácticas tenía implicaciones de corte “científico” e ideológico. Si la laborterapia venía siendo desde antiguo una de las vías propuestas por la psiquiatría y la criminología para rehabilitar a los enfermos mentales y a los delincuentes (Campos, 2009), en el panorama del franquismo la vinculación con la redención de las penas por el trabajo estrechaba los lazos.

Pese a toda la literatura científica vertida, los psiquiatras no alcanzaron a definir científicamente la peligrosidad social. El peso de las definiciones administrativas y jurídicas era fuerte, como también lo eran los criterios morales. En realidad, tanto en la República como en el franquismo se constata que el principal indicador de la peligrosidad eran los comportamientos sociales desviados de las normas morales aceptadas o impuestas. De hecho, la psiquiatría se introducía en el sendero de las apreciaciones morales y de la normativización social, que en el contexto político social del franquismo adquiría una dimensión descarnada pues la sintonía entre ciencia y poder se articulaba sin disimulo con un

objetivo represor nítido (González Duro, 1978; Casco Solís, 1999).

La falta de una definición precisa de la peligrosidad desde la perspectiva psiquiátrica —al fin y al cabo no era un concepto psicopatológico— mostraba que no había un serio intento de construcción teórica de la misma, sino una mera justificación de la represión, y en el mejor de los casos de la corrección del individuo peligroso. La indefinición se amparaba, con el fin de darle un tamiz científico, en un amplio listado de psicopatías y anormalidades de la conducta con un fuerte trasfondo moral que respondía a la idea de aislar y resocializar a los peligrosos. De hecho, como veremos, la prevención y profilaxis de la delincuencia se inscribía en un contexto de defensa social, punitivo, y era ajena a medidas socioeconómicas preventivas de la marginación social.

Una ley republicana útil al franquismo: La Ley de Vagos y Maleantes

Como hemos señalado, las aspiraciones de los psiquiatras en relación a la peligrosidad predelictual no se recogieron en los códigos penales de 1928 y 1932. Sin embargo, en cierto modo, lo fueron en la Ley de Vagos y Maleantes (LVM).

La ley tuvo un complejo proceso de elaboración que comenzó en abril de 1933 con la presentación de un proyecto auspiciado por Manuel Azaña que fue rechazado por los socialistas que temían que en el futuro los conservadores pudieran aplicarla contra ellos (Campos, 2007). El presidente del gobierno desbloqueó la situación encargando a Mariano Ruiz Funes y a Luis Jiménez de Asúa la redacción de un nuevo proyecto de ley que introdujo como eje la peligrosidad predelictual “entendida como la vehemente presunción de que una determinada persona quebrantará la ley penal” (Jiménez de Asúa, 1934: 33). Sin embargo, la ley aprobada en el parlamento sufrió modificaciones que no fueron del agrado de Jiménez de Asúa, pues consideraba que era “más dura, menos flexible, más casuística, incongruente y mucho menos elegante”. No

obstante, estimaba que conservaba las líneas maestras del proyecto y se respetaba el estado de peligrosidad predelictual como la pieza fundamental de la misma.

La LVM definía diferentes categorías de peligrosidad predelictual y proponía las medidas que debían tomarse contra este tipo de individuos. Así consideraba peligrosos a “los vagos habituales”, “los rufianes y los proxenetas”, “los mendigos profesionales”, “los ebrios y toxicómanos” y a los que vivieran de “la mendicidad ajena o explotasen menores de edad o enfermos mentales” (Gaceta de Madrid, 1933b: 874). También contemplaba otras categorías de peligrosidad sin delito como no justificar el domicilio, la ocultación de la verdadera identidad, la posesión de documentos de identidad falsos, el quebrantamiento de una orden de expulsión del territorio nacional por los extranjeros, la imposibilidad de justificar la posesión de dinero o bienes a requerimiento de las autoridades, así como la explotación de juegos prohibidos y la provisión de bebidas alcohólicas a menores de 14 años. Pero el texto consideraba casos de peligrosidad mucho menos definidos que abrían las puertas a su uso indiscriminado. Así, entre los peligrosos se incluía “a los que observen conducta reveladora de inclinación al delito manifestada: por el trato asiduo con delincuentes y maleantes; por la frecuentación de los lugares donde estos se reúnen habitualmente; por su concurrencia habitual a casas de juegos prohibidos, y por la comisión reiterada y frecuente de contravenciones penales” (Gaceta de Madrid, 1933b: 874).

Se etiquetaba, por tanto, como peligrosos y se criminalizaba a individuos pobres y marginales que no tenían una relación regular con el mundo del trabajo, en un contexto marcado por la crisis económica de 1929 y una fuerte conflictividad social. La ley, por tanto, tenía un claro sesgo clasista y “la mayoría de las acepciones de ‘estado peligroso’ se referían a ‘situaciones marginales’ que afectaban a las clases bajas” (Gargallo Vaamonde, 2011: 143). Además, la ley penaba con dureza “conductas, no delitos sin ningún derecho a beneficio penitenciario” pues se aplicaban medidas de seguridad y no condenas penales (Lorenzo Rubio, 2013: 9). Las medidas de seguridad que debían aplicarse a estos “sujetos peligrosos” consistían en el encierro del individuo en establecimientos agrícolas, de trabajo, de custodia o curativos

acordes con su estado de peligrosidad; en fijar su residencia, obligándole a demostrar un domicilio fijo o desterrándole y, por último, en someterse a la vigilancia e indicaciones de los delegados asignados por la autoridad. La ley dejaba al criterio del juez la imposición de la duración de la medida de seguridad dentro de un límite establecido, consagrando la flexibilización de la pena.

Aunque la ley no mencionaba a los enfermos mentales ni a los anormales entre los sujetos peligrosos, esta sintonizaba con los presupuestos defendidos por los psiquiatras al catalogar a los vagos habituales como peligrosos. Las relaciones entre vagancia, delincuencia y anormalidad psíquica formaban parte del discurso psiquiátrico. En 1924, en la Revista Médica Española de Barcelona en un editorial en favor de la higiene mental se reclamaba entre sus objetivos la atención al vagabundeo, la delincuencia y la criminalidad (Anónimo, 1924), cuestión que la LHM tomó en cuenta creando una sección dedicada a la “prevención de la criminalidad, delincuencia y vagabundeo” (Boletín de Higiene Mental, 1928: 8). Y en 1929 Rodríguez Lafora escribía que los vagos “casi siempre” eran “seres inadaptados, extrasociales y algunas veces antisociales”. No obstante, distinguía entre los vagos “sin anormalidades” susceptibles de “reforma pedagógica” y los “anormales” cuya “personalidad inadaptable” les inclinaba “hacia la vagancia”. Entre estos últimos proliferaban los que presentaban “déficit mental considerable (oligofrénicos)” y los que mostraban “anomalías del carácter que afectan a la moralidad (idiocia moral, locura moral, dismorales)”, proclamando el derecho de la sociedad a defenderse preventivamente “contra los resultados dañinos de estas formas de parasitismo social, pues la vagancia lesiona el orden económico-social y sus leyes” (Rodríguez Lafora, 1929: 28-29).

La LVM suscitó desde el principio temores, especialmente entre los anarquistas, por la posibilidad de que fuera aplicada indiscriminadamente a la clase obrera. Tanto Ruiz Funes como Jiménez de Asúa negaron este extremo, afirmando que no existía peligro de una aplicación desmedida de la misma, pues era una “ley de defensa biológica” que reforzaba el liberalismo y terminaba con prácticas policiales al margen del Derecho para perseguir a los malvivientes (Jiménez de Asúa, 1934: 64). Sin embargo, la LVM fue utilizada desde el principio para reprimir a militantes obreros

(Heredia Urzaiz, 2006). El triunfo electoral de la derecha en noviembre de 1933 fue crucial en este sentido, y su aplicación se endureció tras los sucesos revolucionarios de octubre de 1934. Además, en noviembre de 1935 se incluyó un nuevo supuesto de peligrosidad sin delito: el de propaganda y actividades sociales que incitasen reiteradamente “a la ejecución de delitos de terrorismo, de atraco y los que públicamente glorifiquen o enaltezcan la comisión de dichos delitos” (Gaceta de Madrid, 1935: 1715), ensanchando el campo de acción desde la defensa social a la defensa política. En cierto modo, por su ambigüedad —no definía delitos concretos sino conductas— la LVM acabó siendo “una suerte de cajón de sastre” en el que entraban todos aquellos “que no se adaptaran bien a la vida en sociedad bajo los valores establecidos y comúnmente aceptados” (Gargallo Vaamonde, 2011: 142).

La dureza en su aplicación llevó a Jiménez de Asúa a denunciar los abusos, recordando que era una ley científica dirigida a combatir la peligrosidad potencial de los vagos y maleantes y no a los obreros, participando en diversas campañas contra su mal uso (Jiménez de Asúa, 1935). Además, la inexistencia de establecimientos de seguridad específicos que contemplaba la LVM (Gargallo Vaamonde, 2011: 143-144) fue un problema añadido que obligó a improvisar centros de internamiento como castillos, plazas de toros o buques. En 1934 se intentó poner fin a esta situación creando centros adecuados (Gaceta de Madrid, 1934: 2115-2116) pero diversos problemas administrativos y financieros solo permitieron abrir una casa de trabajo en Alcalá de Henares.

La dictadura de Franco, tan celosa en desmontar la legislación republicana, mantuvo la LVM, sin duda, por su potencial represivo demostrado por los gobiernos de la derecha durante la República (Campos, 2015). Así el juez Domingo Teruel Carralero, opinaba que era un “magnífico instrumento de gobierno” aunque sugería que se podría ampliar a más categorías de individuos (Teruel Carralero, 1949: 6). En 1951 José María Codón e Ignacio López Saiz publicaron el libro *Psiquiatría jurídica penal y civil* que fue reeditado en 1954 y 1968. En la edición de 1954, los autores señalaban que la LVM era “excelente tanto en el campo jurídico como en el psiquiátrico” pues en ella tenía cabida “un extenso sector de psicópatas asociales peligrosos y delincuentes” que

tendrían “el tratamiento oportuno en los establecimientos apropiados a estos sujetos”. Su sumisión a medidas de reeducación y “adaptación”, además de proteger a la sociedad, proporcionaba al “psicópata los beneficios que el tratamiento le reporte al conseguir que la vuelta a su medio ambiente sea realizada en las más óptimas condiciones, una vez pasada la peligrosidad” (Codón y López, 1954: 395). Para estos autores, la LVM era a un tiempo una eficaz herramienta de defensa social y de reeducación e inserción social del delincuente.

También mostraba su satisfacción con la LVM Manuel Saforcada en el discurso que pronunció en la sesión inaugural del curso de la Real Academia de Medicina de Barcelona de 1953 bajo el título “La medicina y el derecho” en el que abordaba un amplio abanico de cuestiones relacionadas con la locura y el crimen¹⁷. En relación a la lucha contra la vagancia resaltaba la enorme importancia de la LVM señalando que “el criterio punitivo de antaño” para tratar a los vagos había sido sustituido “previo reconocimiento médico-psicológico, por un tratamiento reformador en Establecimientos de trabajo, Colonias agrícolas, Casas de templanza” (Saforcada, 1953: 31), concluyendo que la ley era excelente por su “carácter eminentemente progresivo ya que tiende a determinar la ‘peligrosidad predelictual’ [...] para adoptar medidas de seguridad procedentes sin que haya delinquido el interesado” (Saforcada, 1953: 33).

Durante el franquismo la ley fue reformada en varias ocasiones, aumentando notablemente los supuestos de peligrosidad. En 1948 con el fin de atajar la especulación con los escasos productos de primera necesidad, derivada de la crisis económica subsiguiente al conflicto bélico y de la política económica autárquica del régimen, se incluyó a los especuladores. En 1958, se incorporó el gamberrismo y los actos vandálicos contra personas. Pero el cambio más sustancial fue la modificación en julio de 1954 de los artículos 2 y 6 de la ley, que incluía a los homosexuales en la categoría de peligrosos sociales. El preámbulo de la ley justificaba los cambios señalando que “la producción de hechos que ofenden la sana moral de nuestro país por el agravio que causan al tradicional acervo de buenas costumbres, fielmente mantenido en la sociedad española, justifican la adopción de medidas para evitar su difusión” (BOE,

1954a: 4862). El legislador insistía en que no era una ley penal, sino de seguridad y que su objetivo era preventivo y reformador pues aspiraba a “corregir a sujetos caídos al más bajo nivel moral”. De esta manera incluía a los homosexuales en el artículo segundo de la LVM junto a rufianes y proxenetas, señalando que debían ser internados en un establecimiento o colonia agrícola “con absoluta separación de los demás”. Pero la reforma de 1954 iba más lejos y tomaba un sesgo de defensa política (Martín, 2009: 929), al incorporar como susceptibles de ser considerados peligrosos a “los que de cualquier manera, perturben con su conducta o pusieren en peligro la paz social o la tranquilidad pública”, reforzado lo dispuesto por la CEDA en 1935.

La aplicación de ley durante el franquismo ha sido estudiada con detenimiento para el caso de los homosexuales (Adam y Martínez, 2008) y en menor medida para otros tipo de sujetos considerados peligrosos (Heredia, 2009; Campos, 2016). En este sentido, tampoco se crearon establecimientos adecuados más allá del Servicio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, en la prisión de Carabanchel en 1952 (BOE, 1952) o de la Colonia Agrícola de Tefia en Fuerteventura (BOE, 1954b: 540), que se especializó en el “tratamiento” de homosexuales (Arnalte, 2003). La ley se mantuvo vigente hasta su sustitución por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de agosto de 1970.

Epílogo

Como señalábamos al principio, el objetivo de este trabajo era analizar las líneas de ruptura y continuidad de los discursos psiquiátricos sobre la peligrosidad del enfermo mental en el periodo republicano y el franquismo. Dos regímenes de naturaleza política diferente que defendían valores éticos y políticos diametralmente opuestos, hasta el punto de que el franquismo desarrolló su discurso legitimador a partir de su triunfo en la Guerra Civil y la represión y aniquilación física y moral de todo lo que tuviera que ver con la República, considerada la representación de los valores

anticatólicos y antiespañoles. De hecho, en el campo psiquiátrico la ruptura se plasmó en la negación de las reformas psiquiátricas y de la higiene mental republicanas, si bien se mantuvieron algunas continuidades entre ambos periodos como muestran varios trabajos de ese libro.

No obstante, en un terreno tan vinculado al orden público y el control social de la población como es el de la peligrosidad, la cuestión se torna especialmente engorrosa porque la brutal política represiva del franquismo puso en marcha, sin piedad, las propuestas más duras de la psiquiatría.

Parece claro, pues, que las continuidades discursivas en torno a la peligrosidad de los enfermos mentales, psicópatas, anormales, vagabundos, vagos, etc., que atraviesan el discurso psiquiátrico a lo largo del tiempo estudiado, conformando un discurso científico del orden público, se transmutan en rupturas dependiendo de la naturaleza política del régimen en que se emiten y en su empeño por llevarlas a cabo. En el caso concreto del franquismo se operó un cambio fundamental que se expresó, al menos en dos niveles complementarios. Los psiquiatras del régimen, compañeros de profesión y formados epistemológicamente de manera similar a los republicanos, cargaron las tintas en la peligrosidad política de los sujetos desequilibrados en una maniobra de patologización de sus ideas con el fin de apuntalar y legitimar la Guerra Civil y la dictadura, transformando los tradicionales argumentos de la defensa social en un programa de defensa y represión política. La concordancia de estos postulados con los del régimen, con el que cerraron filas poniéndose a su servicio sin grandes fisuras, constituye, desde mi punto de vista, la principal ruptura con la República. La diferencia estriba entonces en que los argumentos psiquiátricos adquirieron un carácter abiertamente político y pasaron, sin disimulo, a formar parte del discurso y la práctica represora.

La Ley de Vagos y Maleantes ilustra bien ese proceso de ruptura y continuidad. Se ha alegado, no sin razón, que los legisladores republicanos pecaron de una cierta ingenuidad al no tomar en cuenta —como tampoco lo hicieron con el Decreto de 1931— que la ley era un poderoso instrumento de represión en unas condiciones

políticas diferentes. Pero más allá de supuestas ingenuidades lo cierto es que la LVM era en sí misma una herramienta de represión y control de las clases populares, conexas con una tradición de pensamiento nacida en el último tercio del siglo XIX que situaba la peligrosidad potencial de los sujetos en el centro del pensamiento psiquiátrico, criminológico y jurídico, contribuyendo a configurar la defensa social sobre criterios que emanaban del consenso social — los comportamientos paralegales enunciados por Ruiz Maya— sobre lo que era la normalidad, y no sobre criterios psicopatológicos.

Bibliografía

Adam, A.

y

Martínez, A. (2008):

“‘Infanticidas, violadores, homosexuales y pervertidos de todas las categorías’. La homosexualidad en la psiquiatría del franquismo”, en J. Ugarte Pérez (ed.), *Una discriminación universal. La homosexualidad bajo el franquismo y la transición*, Egales Editorial, Barcelona-Madrid.

Álvarez Peláez, R

. (1998): “Eugenesia y fascismo en la España de los años treinta”, en R. Huertas y C. Ortiz (eds.), *Ciencia y Fascismo*, Doce Calles, Aranjuez.

—

(2007): “Eugenesia y Franquismo. Una primera aproximación”, en G. Vallejo y M. Miranda (eds.), *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*, Siglo XXI Editora Iberoamericana S.A., Buenos Aires.

Álvarez-Uría, F.

(1983): Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX, Tusquets, Barcelona.

Anónimo

(1924): “Editorial. Higiene Mental”, Revista Médica Española de Barcelona, 2 (7), pp. 1-5.

Aparicio Basauri, V.

y

Sánchez Gutiérrez, A. E.

(1997): “Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986)”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 17 (61), pp. 125-145.

Arnalte, A

. (2003): Redada de violetas. La represión de los homosexuales durante el franquismo, La Esfera de los Libros, Madrid.

Bandrés, J.

y

Llavona, R.

(1997): “Psychology in Franco’s concentration camp”, Psychology in Spain, 1 (1), pp. 3-9.

Bandrés, J.; Llavona, R.

y

Zubieta, E. (2013): “

La psicología criminal en la policía de Franco”, Psicothema, 25 (1), pp. 55-60.

Becker, P.

y

Wetzell, R. F

. (eds.) (2006): *Criminals and their Scientists: The History of Criminology in International Perspective*, Cambridge UP, German Historical Institute New York.

BOE

(1952):

“

Decreto de 31 de diciembre de 1952 por el que se aprueba el proyecto y presupuesto adicional de obras de terminación del Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, 17 de noviembre, 322, p. 5375.

—

(1954a):

“

Ley del 15 de julio por la que se modifican los artículos 2º y 6º de la Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933”, 17 de julio , 198, p. 4862.

—

(1954b): “Orden de 15 de enero de 1954 por la que se crea una Colonia Agrícola para el tratamiento de Vagos y Maleantes en Tefia de la Isla de Fuerteventura”, 30 de enero, 30, pp. 540.

Boletín de la Liga Española de Higiene Mental (1928): “Sesión inaugural. Estatutos por los que ha regirse la Liga Española de Higiene Mental”, *Higiene Mental*, 1 (1), pp. 1-8.

Botti, A.

(2008): *Cielo y dinero: el nacionalcatolicismo en España (1881-1975)*, Alianza, Madrid.

Busquet, T. (1928):

La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene mental popular, Librería Catalonia, Barcelona.

Campos, R.

(1997): “Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936)”, *Asclepio*, 49 (1), pp. 39-59.

— (2007): “¿Psiquiatría para los ciudadanos o psiquiatría para la represión? El problema de la peligrosidad del enfermo mental en España (1920-1936)”, en R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (coords.), *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española*, Frenia, Madrid, pp. 15-36.

—

(2009): “La clasificación de lo difuso: el concepto de ‘mala vida’ en la literatura criminológica de cambio de siglo”, *Journal of Spanish Cultural Studies*, 10 (4), pp. 399-422.

—

(2014): “Psiquiatría, raza y represión en el primer franquismo: Antonio Vallejo Nágera”, en A. Altarriba et al., *Los intelectuales y la dictadura franquista. Cultura y poder en España de 1939 a 1975*, Editorial Pablo Iglesias, Madrid, pp. 19-45.

—

(2015): “Psiquiatría republicana vs. Psiquiatría franquista. Rupturas y continuidades (1931-1950)”, *Letra internacional*, 121, pp. 105-128.

— (2016,
en prensa)

: “

La construcción psiquiátrica del sujeto peligroso y la Ley de Vagos y Maleantes en la España franquista (1939-1970)”, *Culturas Psy*, 7.

— (en prensa): “Autoritarismo y eugenesia punitiva: higiene racial y nacionalcatolicismo en el franquismo (1936-1945)”, *Historia. Ciencia. Saude-Manguinhos*.

Campos, R.

y

Novella, E. J

. (en prensa): “La higiene mental durante el primer franquismo. De la higiene racial a la prevención de la enfermedad mental (1939-1960)”, *Dynamis*.

Campos, R.

y

Huertas, R

. (2012): “Medicina mental y eugenesia: los fundamentos ideológicos de la psiquiatría franquista en la obra de Antonio Vallejo-Nágera”, *Historia del presente*, 20 (2), pp. 11-21.

Campos, R; Martínez-Pérez, J.

y

Huertas, R.

(2001): *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, CSIC, Madrid.

Casco Solís, J

. (1999): “Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946 1960)”, en F. Fuentenebro et al. (eds.), *Psiquiatría y cultura en España en un Tiempo de Silencio*. Luis Martín Santos, Necodisne,

Madrid.

Castel, R.

(1980): El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo, La Piqueta, Madrid.

Cayuela Sánchez, S

. (2009): “El nacimiento de la biopolítica franquista. La invención del ‘homo patiens’”, Isegoría, 40, pp. 273-288.

— (2014):

Por la grandeza de la patria: la biopolítica en la España de Franco, FCE, Madrid.

Cenarro, A.

(2005): La sonrisa de Falange: Auxilio Social en la Guerra Civil y en la posguerra, Crítica, Barcelona.

Claret Miranda, J.

(2004): La repressió franquista a la Universitat española, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, tesis doctoral.

Cleminson, R.

(2009): “Transnational Discourse on the ‘Mala Vida’: Male Homosexuality in Madrid, Buenos Aires and Barcelona in the Early Twentieth Century”, *Journal of Spanish Cultural Studies*, 10 (4), pp. 461-483.

Codón, J. M.

y

López Saiz, I.

(1954): Psiquiatría jurídica penal y civil, Imprenta de Aldecoa, Burgos, 2ª ed.

Comelles

, J. M. (1988): La razón y la sinrazón. Asistencia y desarrollo del Estado en la España contemporánea, PPU, Barcelona.

Echalecu y Canino, F. J.

(1943): Contestaciones al programa de psicología criminal con nociones de psiquiatría, sociología y política, Dirección General de Policía, Madrid.

Espino

, A. (1987): “La reforma psiquiátrica en la II República española”, en R. Huertas, M. I. Romero y R. Álvarez (coords.), Perspectivas psiquiátricas, CSIC, Madrid, pp. 221-230.

Foucault, M.

(2001): Los anormales. Curso del College de France (1974-1975), Akal, Madrid.

Gaceta de Madrid

(1933a): “Decreto creando en el Instituto de Estudios Penales, con carácter de ensayo, un Anexo psiquiátrico, en el que figurará un Servicio de Biología Criminal, adscrito y dependiente de dicho Instituto”, Gaceta de Madrid, 14 de marzo, 73, p. 1964.

— (1933b): “*Presidencia del Consejo de Ministros. Ley*”, Gaceta de Madrid, 5 de agosto, 217, pp. 874-877.

— (1934):

“

M

inisterio de Justicia. Orden”, 13 de diciembre, 347, pp. 2115-2116.

— (1935): “

M

Ministerio de Justicia.

Decreto”, Gaceta de Madrid, 28 de noviembre, 332, p. 1715.

Gallego, F.

(2014): El evangelio fascista: la formación de la cultura política del franquismo (1930-1950), Crítica, Barcelona.

Gargallo Vaamonde, L

. (2011): El sistema penitenciario de la Segunda República. Antes y después de Victoria Kent (1931-1936), Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica, Madrid.

Gómez Bravo, G

. (2008): “La política penitenciaria del franquismo y la consolidación del Nuevo Estado”, Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales, 61 (1), pp. 165-198.

—

(2012): “Teología penitenciaria: las cárceles del Régimen”, en J. Aróstegui (coord.), Franco: la represión como sistema, Flor del Viento Ediciones, Barcelona.

González Cuevas, P. C.

(1997): Acción Española. Teología política y nacionalismo autoritario en España (1913-1936), Tecnos, Madrid.

González Duro, E.

(1978): Psiquiatría y sociedad autoritaria. España 1939-1975, Akal, Madrid.

Guereña, J. L. (2005)

: “Marginación, prostitución y delincuencia sexual: la represión de la moralidad en la España franquista (1939-1956)”, en C. Mir y C. Agustí (eds.), Pobreza, marginación, delincuencia y políticas

sociales bajo el franquismo, Edicions de la Universitat de Lleida, Llérida.

Heredia Urzaiz, I

. (2006): “La defensa de la sociedad. Uso y abuso de la Ley de Vagos y Maleantes. Comunicación presentada al V Congreso de Historia Social”, en S. Castillo y P. Oliver (eds.), La figuras del desorden. Heterodoxos, proscritos y marginados, CD, sin número de páginas, Siglo XXI, Madrid.

(2009): “Control y exclusión social: La Ley de Vagos y Maleantes en el primer franquismo”, en C. Romero Salvador y A. Sabio Alcutén (coords.), Universo de micromundos. VI Congreso de Historia Local de Aragón, Institución “Fernando el Católico” y Pressas Universitarias de Zaragoza, Zaragoza.

Huertas, R.

(1995): “El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España”, *Dynamis*, 15, pp. 193-219.

(1996): “La Psico-Biología del Marxismo como categoría antropológica en el ideario fascista español”, *Llul*, 19 (36), pp. 111-130.

(1998): “Una nueva Inquisición para un Nuevo Estado: Psiquiatría y orden social en la obra de Antonio Vallejo Nágera”, en R. Huertas y C. Ortiz (eds.), *Ciencia y Fascismo, Doce Calles, Aranjuez*.

(en prensa): “En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)”, *Dynamis*.

Jiménez de Asúa, L.

(1934): Ley de Vagos y Maleantes: Un ensayo legislativo sobre peligrosidad sin delito, Editorial Reus, Madrid.

—

(1935): “Por la justicia. La ley de Vagos y Maleantes”, La Libertad, 25 de agosto.

Lázaro, J.

(2000): “Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999)”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 20, pp. 397-515.

López Ibor, J. J.

(1942): “La psiquiatría en España en la hora presente”, Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, 3 (1/2), pp. 15-25.

Lorenzo Rubio, C.

(2013), Cárceles en llamas. El movimiento de presos sociales en la transición, Virus Editorial, Barcelona.

Marco Merenciano, F.

(1958): Ensayos Médicos y Literarios. Antología, Ediciones Cultura Hispánica, Madrid.

Martín, S.

(2009): “Criminalidad política y peligrosidad social en la España contemporánea”, Quaderni Fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno, 38 (1), pp. 861-951.

Martínez, E.

M. (1942) “El factor biopsíquico en el problema de la prostitución”, Semana Médica Española, 2, pp. 77-80.

— (1950):

“Contribución de la psiquiatría a la profilaxis social del delito”, en II Congreso de Neuro-Psiquiatría. Ponencias. Valencia Mayo-Junio, Afrodisio Aguado S.A., Madrid.

Mir,

C.

(2005): “Delincuencia patrimonial y justicia penal durante el franquismo (1939-1951): una incursión en la marginación social de posguerra”, en C. Mir y C. Agustí (eds.), Pobreza, marginación, delincuencia y políticas sociales bajo el franquismo, Edicions de la Universitat de Lleida, Lérida.

Mira y López, E.

(1932): Manual de psicología jurídica, Salvat, Barcelona.

Montero-Pich, O. (2014):

Normativització a la Presó Model de Barcelona abans de 1936, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, tesis doctoral inédita.

Moradellos, E.

(2000): La España de Franco (1939-1975), Síntesis, Madrid.

Moreno Fonseret, R

. (2005): “Pobreza y supervivencia en un país en reconstrucción”, en C. Mir y C. Agustí (eds.), Pobreza, marginación, delincuencia y políticas sociales bajo el franquismo, Edicions de la Universitat de Lleida, Lérida.

Morodo, R.

(1985): Los orígenes ideológicos del franquismo: Acción Española, Alianza, Madrid.

Müllberger, A.; Balltandre Pla, M.; Montero-Pich, O.

y

Graus, A.

(2015): “La psicología en la Revista Médica de Barcelona: Psicoterapia, Higiene Mental y Moral”, Actes d’Història de la Ciència i de la Tècnica, 8, pp. 57-83, doi: 10.2436/20.2006.01.190 (consultado 2-9-2016).

Pérez de Petinto y Bertomeu, M

. (1950): “Contribución de la psiquiatría a la profilaxis social del delito”, en II Congreso de Neuro-Psiquiatría. Ponencias. Valencia mayo-junio, Afrodisio Aguado S.A., Madrid.

Polo Blanco, A.

(2006): Gobierno de las poblaciones en el primer franquismo (1939-1945), Universidad de Cádiz, Cádiz.

Renneville, M.

(2003): Crime et folie. Deux siècles d’enquêtes médicales et judiciaires, Fayard, París.

Revista Médica Española de Barcelona

(1924): “Higiene Mental”, editorial, 2 (7), pp. 1-5.

Rodríguez Lafora, G.

(1929): La psiquiatría en el nuevo Código Penal español de 1928, Editorial Reus, Madrid.

Ruiz Maya, M

. (1928): “La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico. Segunda Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, Madrid, 22, 23, 24 de octubre de 1927”, Archivos de Neurobiología, 8, pp. 63-97.

—

(1930): “Límite de la peligrosidad en los enfermos mentales y

medios para justificar la existencia de las circunstancias que la determinan”, Asociación Española de Neuropsiquiatras. Tercera Reunión Anual, Bilbao, 22, 23, 24 de septiembre de 1928, Tipografía Santiago Vives, Barcelona.

Saforcada Adema, M.

(1953): “La medicina y el derecho”, Anales de Medicina y Cirugía, 33 (92), pp. 21-43.

Saforcada Adema, M.

y

Busquet, T.

(1926): “Necesidad urgente de una revisión total de la legislación relativa a los alienados. Primera Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, celebrada en Barcelona los días 21, 22 y 23 de junio de 1926”, Archivos de Neurobiología, 6, pp. 179-188.

Saforcada Adema, M.; Busquet, T

. y

Torras, O.

(1930): “Comentarios psiquiátricos al nuevo Código Penal español. Cuarta Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, celebrada en Sevilla el 17, 18 y 19 de diciembre de 1929”, Archivos de Neurobiología, 10, pp. 443-463.

Teruel Carralero, D.

(1949): Comentarios a la Ley de Vagos y Maleantes, Imprenta Sáez, Madrid.

Vallejo Nágera, A.

(1937): Eugenesia de la hispanidad y regeneración de la raza, Editorial Española, Burgos.

(1938a): “Psiquismo del fanatismo marxista”, *Semana Médica Española*, 1 (6), pp. 174-180.

(1938b): *Política racial del Nuevo Estado*, Editorial Española, San Sebastián.

(1941): “Higienización psíquica de las grandes urbes”, *Escuelas Gráficas de la Santa Casa de Misericordia*, Bilbao.

(1943): “Medicina Social e Higiene Mental”, *Ser. Revista Médico-Social*, 18 de julio, pp. 55-60.

Vinyes

, R.;

Armengou

,

M.

y

Belis, R

. (2002): *Los niños perdidos del franquismo*, Plaza y Janés, Barcelona.

CAPÍTULO 5

Prevenir, rehabilitar y sancionar. La incorporación de las ideas psicoanalíticas a la psiquiatría forense (1930-1950)*

Silvia Lévy Lazcano

Es conocido el rechazo oficial que la psiquiatría franquista esgrimió frente al pensamiento freudiano (Druet, 2011). Los psiquiatras rechazaron el movimiento psicoanalítico surgido en Viena a principios del siglo XX, que se expandía por las principales capitales de Europa, custodiado por la Asociación Internacional de Psicoanálisis (IPA).

Freud no tuvo buena prensa entre los psiquiatras del franquismo, y en general el psicoanálisis no contó entre sus principales intereses. No obstante, una vez purgado de sus excesos e inmoralidades, algunas ideas psicoanalíticas entraron a formar parte del arsenal epistemológico de la psiquiatría. Ramón Sarró, psiquiatra franquista que en sus años de juventud había iniciado un análisis en Viena con Helene Deustch¹⁸, escribía en 1956 que sus objeciones iban “dirigidas exclusivamente al Psicoanálisis ortodoxo, en el que reina una singular forma de paralización del pensamiento crítico, uno de cuyos síntomas más acusados es el ‘horror al diálogo’” (Sarró, 1956: 631). Por su parte López Ibor mantendría una postura similar en relación a “esa especial organización feudal de los psicoanalistas” (López Ibor, 1936: 67-68). No por casualidad, poco a poco los autores más citados en materia psicoanalítica fueron precisamente los discípulos de Freud que se habían separado de la formación ortodoxa para construir otras escuelas, de sesgo psicoanalítico, pero que incluso habían renunciado al calificativo de psicoanálisis. Es el caso de la psicología individual de Adler, o la psicología profunda de Jung, de contenidos más filosóficos y existenciales que sintonizaban mejor con los postulados de la psiquiatría franquista. Varias de sus obras fueron traducidas y publicadas en la colección Biblioteca de Psicoanálisis y Caracterología que Ramón Sarró dirigía con un explícito interés por dar a conocer las escuelas orientadas

hacia el humanismo (Carles et al., 2000: 233).

La oposición al psicoanálisis durante el periodo franquista fue, en líneas generales, más de forma que de contenido. El psicoanálisis había ocupado para el sector de psiquiatras afines a la República un lugar de vanguardia científica principalmente en sus postulados sobre sexualidad. Las reformas asistenciales llevadas a cabo durante la República habían incorporado algunas de sus ideas más importantes, las cuales, en versión ecléctica, pasaron a formar parte de la cultura médica del país, por lo que difícilmente podían ser ignoradas. Pero la impugnación de estas reformas por la psiquiatría franquista pasó también revista al psicoanálisis, no para “destruirlo, sino expugnarlo de su ciego determinismo y acomodarlo a los conocimientos psicológicos y clínicos” (Vallejo, 1952: 12). Se criticaron sus postulados sobre sexualidad y su excesivo materialismo pero, sobre todo, se arremetió contra sus portavoces, vinculados en su mayoría a posturas ideológicas de izquierda. Esta ruptura personalista fue la que guio el enfrentamiento psicoanalítico, por lo que, una vez depuradas las responsabilidades políticas de unos y otros, se encomendó a los postulados antropológico-existenciales de la “nueva” psiquiatría la tarea de rescatar al psicoanálisis y “continuar la obra de Freud [...]. Actitud que nos dicta la fidelidad a nuestro propio pasado psicoanalítico” (Sarró, 1936: 426).

Se reconoció la herencia psicoanalítica como parte de la nueva psiquiatría, pero los esfuerzos se orientaron hacia una construcción que prescindiese de Freud, en su intento por refundar la medicina mental a través de la antropología existencial. Así, en 1942 López Ibor criticaba que el psicoanálisis había legado “la idea del hombre como puro juego de instintos viscerales, sin que apareciera por parte alguna la sombra del espíritu” (López Ibor, 1942a: 6).

En cualquier caso, ya fuese por razones profesionales, científicas o ideológicas, el psicoanálisis, como la psiquiatría, debía adaptarse al nuevo orden, fuertemente antieuropeísta, nacional y religioso. Vallejo Nágera lo expresaba con claridad en el III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría celebrado en 1952:

El pueblo español profesa, en su mayoría, el catolicismo y es la primera de las condiciones de nuestra psicoterapia que no contradiga el dogma y la moral católicas, si quieren prevenirse transferencias perjudiciales a la salud del paciente [...]. Frente a la decadencia europea del freudismo y métodos afines destaca el auge del psicoanálisis en los países americanos. El simplismo cultural del vulgo americano asimila perfectamente la teoría freudiana [...]. Asimismo ha influido en la difusión del psicoanálisis el constituir este un instrumento fácilmente adaptable a los conceptos de la Medicina psicosomática, y por ello manejable por el médico general [...]. Enfrentados con las realidades clínicas, los psiquiatras no podemos eludir la formación psicoanalítica [...], aunque no en la forma exigida por los psicoanalistas ortodoxos del previo análisis del psicoterapeuta (Vallejo, 1952: 11-12).

En el contexto de esta expurgación del saber psi, la aplicación del psicoanálisis al campo del Derecho, que había tenido su momento más importante durante la Segunda República, no vivió, sin embargo, grandes modificaciones en el periodo franquista. La preocupación por la psicología del delincuente había llevado a psiquiatras y juristas a interesarse por las posibilidades que el psicoanálisis podía ofrecer en este terreno. Varios autores habían elaborado sus teorías sobre delincuencia y psicoanálisis durante los años treinta, entre los que cabe destacar el Manual de Psicología Jurídica (1932) del psiquiatra Emilio Mira, y el volumen del magistrado César Camargo y Marín titulado El psicoanálisis en la doctrina y la práctica judicial (1931). Junto a estos otros importantes trabajos, como el manual de Psiquiatría Penal y Civil (1931) del psiquiatra Manuel Ruiz Maya, incluían igualmente estas aportaciones de forma más general. En todos ellos se apuntó hacia la configuración del psicoanálisis como una técnica que, en su aplicación más extrema, perseguía la finalidad exclusiva de obtener datos para el examen forense proporcionando “a los peritos una amplia batería de pruebas y técnicas diagnósticas que dieron al peritaje psiquiátrico un impulso excepcional” (Álvarez y Huertas, 1987: 46-47). Esto supuso un importante salto cualitativo que desde el interés terapéutico por la rehabilitación del delincuente, pasó al interés jurídico por obtener la evidencia delictiva alojada, según la

hipótesis psicoanalítica, en el inconsciente.

El presente capítulo se articula en torno a este proceso de tecnificación del psicoanálisis que, en su condición de herramienta al servicio del control social, entendemos dentro del espacio de colaboraciones entre el saber psiquiátrico y el jurídico, reunidos bajo el discurso de la defensa social. Localizaremos, en el marco de estas acciones, las continuidades y discontinuidades de las ideas psicoanalíticas entre el periodo republicano y el primer franquismo. En este sentido, este trabajo suma esfuerzos a la idea que coordina el presente libro según la cual, a pesar de la dramática ruptura entre la psiquiatría republicana y la psiquiatría franquista, existen matices que abordar en esta contraposición que animan a pensar que “junto a las rupturas, existieron elementos de continuidad, incluso más allá de lo que la propia psiquiatría franquista hubiera deseado” (Campos, 2015: 108).

En relación al seguimiento que hacemos del psicoanálisis como objeto de estudio, hay que advertir que, la circulación del discurso psicoanalítico ha vivido, desde su origen vienés, un proceso de adaptación multiforme, compuesto por diversos estratos y realidades, que lo descubren en su enorme plasticidad conceptual, fragmentado en múltiples ideas, capaces de viajar de una disciplina a otra y adoptar para ellos diversas formas y versiones. Seguimos en este sentido la concepción de Damousi y Plotkin cuando señalan que:

El psicoanálisis nació como una teoría psicológica y una técnica terapéutica, pero a través de su vida se ha ido transformando en un artefacto cultural en el más amplio sentido. Dado que creemos que la historia de las ideas no puede ser distinguida de la historia de sus múltiples recepciones y apropiaciones, rehusamos [...] aceptar la existencia de una versión ortodoxa del psicoanálisis que pueda ser usada como norma para definir desviaciones y heterodoxias. Nos interesamos más en el psicoanálisis como un fenómeno cultural ampliamente definido que como una teoría psicológica específica y, por lo tanto, definimos como psicoanálisis todo discurso y práctica que se legitima en su referencia a la herencia freudiana (Damousi y Plotkin, 2009: 4).

Este planteamiento nos servirá como guía y criterio para el análisis de las ideas psicoanalíticas en el contexto y periodo que aborda el presente trabajo.

El psicoanálisis en el ámbito judicial durante la Segunda República

La preocupación por la comprensión de la delincuencia: la criminología psicoanalítica

En el Manual de Psicología Jurídica Emilio Mira definía el psicoanálisis integrado por cuatro principios fundamentales: determinismo psíquico, pansexualismo, represión y disociación ideoafectiva (Mira, 1932: 5). Contrariamente a la postura freudiana, que pretendía para el psicoanálisis un estatus epistemológico propio e independiente del campo de la psiquiatría o la psicología, Mira lo entendía como una de las orientaciones posibles hacia las que podía dirigirse la moderna psicología en el estudio de “los resultados de la actividad psíquica”, basándose para ello “igual que toda otra ciencia natural, en la observación y en la experimentación”. Bajo este criterio positivista “absoluta y exclusivamente biológico” (Mira, 1932: 2-3) se analizaron las ventajas de “esta nueva dirección psicológica” en la aplicación judicial ya que, según decía, podía ofrecer “un interés insospechado para el jurista, en cuanto que le proporciona medios para comprender los motivos inconscientes de los actos delictivos”. Tanto “los estudios de Psicología criminológica de Ferenczi, Reik, Camargo” como “la explicación de los actos y estados sugestivos como casos particulares de transferencia e identificación afectivas, justifican sobradamente la inclusión del psicoanálisis entre las direcciones psicológicas más provechosas para el jurista” (Mira, 1932: 5-6).

De los autores psicoanalíticos a los que Mira cita en este texto, Sandor Ferenczi, psicoanalista húngaro cercano a Freud, había visitado Barcelona en 1929, dictando una conferencia que fue traducida por Mira para la Revista Médica de Barcelona, en la que exponía las posibilidades del psicoanálisis como método para el diagnóstico criminológico y el tratamiento de la delincuencia (Mülberger, Balltondre y Montero-Pich, 2015: 8). Theodor Reik, con quien Ángel Garma había iniciado su análisis didáctico pocos años antes de su nombramiento como miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Berlín en 1931¹⁹, había escrito *Der unbekannte Mörder* (1932) traducido al castellano en 1943 bajo el título *El asesino desconocido. Psicoanálisis de los procedimientos criminológicos*. Y el jurista César Camargo y Marín contaba con varios trabajos sobre Psicoanálisis y Derecho, en los que exponía las ventajas de este saber en el ámbito penal y civil.

Además de Camargo, los penalistas Luis Jiménez de Asúa y Quintiliano Saldaña, se habían interesado por el psicoanálisis, a lo que sin duda contribuyó “la labor divulgativa de Juarros, profesor de la Escuela de Criminología” (Carles et al., 2000: 115). También Ángel Garma, escribió en 1934, fruto de su experiencia como psiquiatra en el Tribunal Tutelar de Menores de Madrid (Huertas, 2002a: 74), “Crimen y castigo. Contribución al estudio de la psicología del psicópata delincuente” con una incuestionable orientación psicoanalítica (Garma, 1934).

Durante las décadas de 1920 y 1930 hubo un importante movimiento de transformación de la asistencia psiquiátrica que cuestionó el encierro manicomial y el tratamiento moral como formas de asistencia al enfermo mental (Huertas, 2002b). Se propusieron reformas psiquiátricas encaminadas a conseguir un tratamiento médico de la locura y la inserción social del alienado. Durante estos años se fundaron sociedades como la Asociación Española de Neuropsiquiatras (1924), La Liga de Higiene Mental (1928) o la revista *Archivos de Neurobiología*, que sirvieron como plataforma de debate de las iniciativas reformistas que se plasmaron durante la Segunda República. No obstante, a pesar de los loables esfuerzos por erigir una asistencia psiquiátrica más humanista y terapéutica, los mismos también obedecían a la preocupación por la peligrosidad que algunos individuos representaban para el orden

social. Esta preocupación fue la que llevó a psiquiatras y juristas a orientar sus postulados hacia la creación de medidas de seguridad que velasen por los intereses de la defensa social frente a aquellos sujetos considerados como una amenaza (Campos, 1997).

El movimiento de Higiene Mental desarrolló durante este periodo un discurso muy elaborado sobre la potencial criminalidad de estos individuos y la necesidad de implementar medidas de defensa (Campos, 2013). Los juristas también participaron en estas actuaciones proponiendo leyes encaminadas al mantenimiento del orden público y la prevención de la delincuencia (Campos, 2007). Es el caso de la Ley de Vagos y Maleantes de 1933, basada en la potencial peligrosidad de determinados individuos, y que el franquismo mantuvo en vigor hasta 1970, cuando fue sustituida por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social²⁰. En estas actuaciones las fronteras entre locura y crimen se desdibujaron, reuniéndose ambas bajo la categoría de peligrosidad social, en la que las prácticas de la psiquiatría y el derecho se entrecruzaban configurando un espacio común en el que era difícil distinguir la demarcación entre ambas disciplinas (Foucault, 1999; Peset, 1983; Álvarez-Uría, 1983; Álvarez y Huertas, 1987). El Código Penal de 1928 fue un reflejo de esta situación en el que se incorporaron importantes contenidos psiquiátricos que servían como atenuantes o agravantes de la determinación psíquica del individuo que cometía un delito. Pero sobre todo, fue una novedad la introducción de medidas de seguridad, destinadas a evitar los delitos de los individuos considerados peligrosos (Huertas, 1987: 165).

Varios psiquiatras consideraron estas medidas insuficientes, ya que no intervenían en la peligrosidad predelictual que, según sostenían, debía ser la verdadera finalidad del Derecho, desbordando “el estrecho campo de la acción penal para lanzarse en el fértil terreno de la higiene social y más concretamente de la profilaxis delictiva” (Mira, 1932: 236). Se abría de esta forma la caja de Pandora: todo individuo podía ser potencialmente peligroso y susceptible de necesitar un tratamiento. Y así lo expresaron también a partir del psicoanálisis criminológico, para el que cualquier persona podía tender, en algún momento de su vida, hacia la acción criminal, siendo lo verdaderamente importante la capacidad de inhibir estas tendencias e impedir el desarrollo de la conducta delictiva.

El interés en esta materia radicaba para estos autores en que, por un lado, se apuntaba hacia la socialización del germen de la delincuencia, que ya no era terreno exclusivo de los criminales o los enfermos mentales, sino que cualquier individuo podía ser portador del mismo y susceptible de desencadenarlo; y, por otro lado, se señalaba hacia el lugar de la estructura psíquica en el que había que intervenir para evitar la comisión de un delito, a saber, la capacidad de inhibición de estas tendencias o, en términos psicoanalíticos, la represión pulsional.

La comprensión psicoanalítica de la delincuencia se basó en la estructura del aparato psíquico que Freud había descrito en sus dos tópicos²¹. Según esta explicación el delito sería el resultado de una mala inhibición de las tendencias primitivas del ello —cuyo contenido es todo inconsciente— que llevarían al yo a la satisfacción de una pulsión descontrolada. El debilitamiento de la función superyoica —instancia psíquica a la que Freud atribuye el sentido ético y moral— o la ausencia de la misma, convertirían al yo en un instrumento del ello y de sus móviles inconscientes, desencadenando la acción delictiva.

A partir de esta concepción Garma propuso la división del tratamiento psicoanalítico del delincuente en dos fases, la primera, “y con mucho la más importante, es descubrir los motivos psicológicos que obligan al psicópata a obrar mal”. Y la segunda, es “hacer sentir al psicópata, si se quiere, por medio del castigo, las exigencias de la realidad social que le rodea. Pero el psicópata debe sentir en todo momento que el castigo no se le impone para hacerle expiar su acto delictivo, sino para ayudarle a reformarse” (Garma, 1934: 597).

La mayoría de los autores españoles interesados en esta concepción habían leído el texto que Franz Alexander, considerado uno de los precursores de la criminología psicoanalítica, había escrito en 1928 junto al jurista Hugo Staub titulado *El delincuente y sus jueces* desde el punto de vista psicoanalítico, traducido al castellano en 1935. Luis Jiménez de Asúa, por ejemplo, tomó de este trabajo la clasificación de delincuentes que estos autores realizaban según el grado de participación del yo consciente e inconsciente en la comisión del hecho delictivo. En esta clasificación se mostraba una

etiología psicológica y social del delito y la delincuencia (frente al delincuente nato propuesto por Lombroso), donde el problema principal era la mala educación y el fracaso social. La intención final era construir una teoría penal de carácter psicoanalítico, que combinase los conceptos freudianos con otras tendencias psicoanalíticas en las que el papel de la sociedad en las conductas desadaptativas estuviese más acentuado (Saiz y Saiz, 1996: 373). De ahí que Jiménez de Asúa propusiera suprimir condenas por “apropiados influjos pedagógico-sociales” (Jiménez de Asúa, 1935: 68) e incorporase para su psicoanálisis penal la psicología individual de Adler, cuyos postulados sobre psicología del delito son “infinitamente más certeros y dejan más esperanzas de victoria en la lucha contra el delito” (Jiménez de Asúa, 1935: 9).

Alfred Adler había centrado su interés en el comportamiento del individuo en sociedad, relegando a un segundo plano la génesis sexual que caracterizaba la concepción freudiana, y que había ocasionado importantes discrepancias en el contexto español. De la misma opinión era César Camargo, compañero de profesión de Jiménez de Asúa, consagrado en este ámbito a partir de su extenso trabajo, *El psicoanálisis en la doctrina y en la práctica judicial* (1931). Camargo, a diferencia del resto de españoles, fue un poco más lejos al proponer la implantación de un verdadero programa institucional del psicoanálisis criminológico en el sistema judicial español (Camargo, 1931; Lévy, 2016). Llegará a postular la figura del juez-psicoanalista, capaz de desvelar los complejos primitivos inscritos en la genealogía del delito y “encauzar y reprimir la libido criminal” de forma que “no pronunciará realmente una pena, sino que prescribirá un tratamiento” (Camargo, 1931: 20).

Para Camargo, la acción delictiva obedecía al Complejo de Caín, fórmula descrita por primera vez por el psicoanalista francés Charles Baudouin. A diferencia de la prohibición del incesto que Freud desprendía del relato de Edipo, Camargo situó en el fratricidio de Caín el origen de todas las formas de delito existentes en la sociedad y la justificación del Derecho protector de todos los individuos. De esta forma, a partir de la comprensión del relato de origen, sostenía que el psicoanálisis era “el único procedimiento eficaz en la lucha contra el crimen, pudiendo a la vez garantizar a la sociedad contra la temibilidad del delincuente y procurar la

corrección de este” (Camargo, 1931: 24). Como fundamento de la criminología psicoanalítica propuso la teoría penal ultracorrecionalista que no era otra cosa que una articulación de los principios de la escuela positivista italiana, introducidos en España por Dorado Montero (Trinidad, 1991), con la etiología psicoanalítica del delito, a partir de la cual presentar “al psicoanálisis como instrumento para realizar la exigencia de no juzgar el hecho, sino al malhechor” (Gallo, 2007: 25).

El delito pasó a ser considerado como la expresión sintomática de una tensión psíquica que vendría inscrita en la psicobiografía del individuo desde hacía tiempo. En este sentido, con el objetivo de prevenir la delincuencia, la intervención durante la primera infancia adquirió especial relevancia ya que es “la época más favorable para influir sobre los defectos y perversiones afectivas y caracterológicas” (Mira, 1932: 239). En su función profiláctica, el psicoanálisis se combinó con la pedagogía y la educación, quedando relegado, según Mira, “más bien a un procedimiento para la exploración y diagnóstico de las psiconeurosis, que un método de tratamiento propiamente dicho” (Mira, 1935: 385).

Hay que decir que la vinculación entre psicoanálisis y pedagogía no fue un planteamiento exclusivo de los autores españoles. El propio Freud había comparado ambos procesos, señalando que se podía “describir exclusivamente el tratamiento psicoanalítico como una segunda educación dirigida al vencimiento de los restos de la infancia” (Freud, [1910] 1981: 1559). Sin embargo, aunque se mostrase optimista en los primeros años apoyando la idea de que “una educación basada en los conocimientos psicoanalíticos puede constituir la mejor profilaxia individual de las neurosis” (Freud, [1913] 1981: 1867), finalmente acabó diferenciando las campos de actuación del psicoanalista y el educador. Así lo recogió en 1925 en el prólogo al libro *Juventud descarriada* de August Aichhorn (Balbuena, Sánchez Barranco, De Dios y Sánchez-Barranco, 2003), al señalar que la labor educativa no debía ser confundida “con la influenciación psicoanalítica ni sustituida por ella” (Freud [1925] 1981: 3217).

No obstante, ya fuese desde la preocupación por rehabilitar al delincuente, como desde el interés por prevenir la delincuencia,

finalmente el psicoanálisis criminológico sirvió como herramienta para la protección y restitución de la normalidad social. Como parte del arsenal psiquiátrico-judicial empleado por el discurso de la defensa social, se pretendió, a través de sus postulados, evitar la delincuencia promoviendo que cada persona tuviese “un exacto conocimiento de sus derechos y deberes sociales, una clara comprensión de la razón de los mismos, un intenso convencimiento de la superioridad real de los actos sociales sobre los antisociales (delictivos) y, de otra parte, un gran temor a las consecuencias, más morales que materiales, de la conducta delictiva” (Mira, 1932: 239).

La preocupación por la verdad jurídica: el psicoanálisis En los peritajes psiquiátricos

La preocupación por la comprensión del fenómeno de la delincuencia mostró, en su aplicación en los tribunales de justicia, una finalidad bastante alejada de su inicial intención terapéutica. Los actos delictivos, entendidos como síntomas determinados por motivaciones inconscientes, serían portadores de una verdad que habría de ser interpretada, según decían, para restituir el equilibrio psíquico. Pero en el ámbito judicial, esta función se desdoblaba apuntando también hacia el esclarecimiento jurídico del delito, verdadero móvil de los procesos judiciales y que, según la hipótesis psicoanalítica, estaría oculta en el inconsciente. Para juzgar un delito era necesario, según sostenía Mira, comprenderlo, “pero para esto se necesita no solo conocer los antecedentes de la situación, sino el valor de todos los factores determinantes de la reacción personal que antes hemos estudiado [...]. Discuten los penalistas si hay que castigar con arreglo a los resultados o a la intención del acto delictivo. ¿Por qué no castigar con arreglo a la motivación psicológica de este?” (Mira, 1932: 66).

A partir de este objetivo Mira configuró el psicoanálisis como una técnica²² para esclarecer la situación delictiva que, junto con pruebas como el detector de mentiras de Larson, el método de la expresión motriz de Luria, o los métodos para suprimir la censura

inconsciente, componían una conjunto de herramientas forenses más cercanas a un instrumento de control social que a una herramienta terapéutica.

La tecnificación del psicoanálisis respondía a la idea de conseguir datos para describir un perfil psicológico potencialmente peligroso y, por ende, punible, independientemente del interés por su rehabilitación. Camargo en el inicio de *El psicoanálisis en la doctrina y en la práctica judicial* así lo expresaba, siguiendo el pensamiento del psicoanalista norteamericano Smith Ely Jelliffe “que sostiene que el empleo del psicoanálisis no constituye sino un método para obtener datos” (Camargo, 1931: 9). La relevancia de esta técnica sobre otras, continuaba, es que nos explica “el porqué [sic], en primer lugar procederemos así más científicamente, y en segundo término concederemos el valor que merecen a ciertos datos que, desconociéndolo, nos hubieran pasado seguramente inadvertidos” (Camargo, 1931: 258).

También Rodríguez Lafora, en un texto escrito a raíz de la polémica desatada tras la promulgación del Código Penal de 1928 (Álvarez y Huertas, 1987), abogó por el uso pericial del psicoanálisis para determinar la peligrosidad del acusado, distinguiendo entre individuos sanos y alienados (Rodríguez, 1929: 69).

Además de ofrecer una nueva etiología del delito, el psicoanálisis había proporcionado un cambio cualitativo en la comprensión del problema del delincuente, ya que el empleo de sus técnicas traía consigo una cada vez mayor individualización de los juicios sobre los procesados, en detrimento de las concepciones generalizadoras del delito. Se alzaba con ello, “de la mano de la psicología dinámica, toda una doctrina también ‘dinámica’ de la criminalidad en la que la personalidad del delincuente pasa a primer plano” (Huertas, 1987: 173).

En el estudio de la personalidad podían entenderse los avatares singulares —e inconscientes— en los que el delito había tenido lugar. Por lo que la finalidad última de esta exploración no era otra que determinar el origen del delito a través del descubrimiento de su verdadera motivación inconsciente. Si el psicoanálisis freudiano había desafiado el cartesianismo científico al postular un saber oculto que sin embargo ejerce una fuerza determinante en la

voluntad y la acción, la aplicación judicial a la que los autores españoles apuntaron, lo reubicaba en una concepción cartesiana — en la línea de la psiquiatría más tradicional— en la que, admitiendo la estructura dinámica de la delincuencia, toda verdad oculta podría ser conocida y revelada mediante el uso pericial del psicoanálisis.

De este modo, explorar en las profundidades del inconsciente se convirtió en una atractiva herramienta forense que, sin embargo, tenía que resolver algunas dificultades propias de la situación judicial en la que tenía lugar y que, de forma evidente, dificultaba las manifestaciones espontáneas que el planteamiento freudiano solicitaba.

En un contexto en el que las palabras proferidas por el procesado podían ser determinantes en la sentencia, el control de la veracidad y sinceridad de las mismas era un objetivo prioritario que debía realizarse, según señalaban, de la forma más objetiva posible. Como vía de acceso al inconsciente Freud había propuesto la asociación libre según la cual se le pedía al paciente que dijese lo primero que se le ocurriera, por absurdo que pareciese. No obstante, la escena terapéutica que Freud describía —diga usted lo primero que se le ocurra— difícilmente podía reproducirse en la tensión de un interrogatorio judicial, por lo que en general los peritajes psicoanalíticos optaron por la prueba de las asociaciones determinadas que la Escuela de Zúrich, con Jung a la cabeza, estaba desarrollando, y que “representaba una especie de interrogatorio condensado y disimulado” (Mira, 1926: 89).

La prueba de las asociaciones determinadas consistía en una batería de palabras-estímulo que se ofrecían al interrogado al mismo tiempo que se le solicitaba una respuesta, lo primero que le evocase la palabra-estímulo. El especialista había de anotar todo y sacar sus conclusiones a partir de ello. Jung había propuesto “su prueba de asociaciones determinadas, asociada al registro del tiempo de reacción y a las particularidades de esta última como medio indicador de los ‘complejos’, es decir, del conjunto de experiencias o ‘vivencias’ que un sujeto cualquiera quisiese ocultar” (Mira, 1932: 110).

Pero Mira introdujo variaciones en la prueba con el objetivo de orientarla hacia la situación concreta que se pretendía esclarecer y

adaptadas al individuo procesado²³. De la misma opinión fue César Juarros, que prefería elaborar su propia lista de palabras-estímulos en lugar de usar el conjunto predefinido por Bleuler y Jung (Juarros, 1928: 175-176).

El intervencionismo y la pretendida exactitud de esta prueba fueron además perfeccionados por Mira²⁴ con aparatos de medición de los “fenómenos somáticos concomitantes del shock emocional despertado por las palabras-estímulo específicas” como las alteraciones circulatorias, respiratorias o eléctricas. Según el autor, “un indiscutible perfeccionamiento introducido en la técnica de la prueba de las asociaciones determinadas ha sido el registro objetivo de las reacciones emocionales del sujeto, recurriendo a diversos dispositivos como, por ejemplo, el pneumógrafo, los pletismógrafos, oscilógrafos, esfigmógrafos, etc., y últimamente el electrocardiógrafo o la instalación para la medida y registro del reflejo psicogalvánico [...]; utilizando sus valiosos recursos puede decirse que la caza de los complejos se hace de un modo casi matemático” (Mira, 1926: 85-86).

Y como novedad Mira introducía también el empleo de barbitúricos para reducir el efecto de la censura consciente²⁵, sin necesidad de recrear una escena de confort terapéutico, e inducir farmacológicamente al sujeto en un estado de onirismo en el que el acceso al contenido inconsciente fuese más rápido y fiable (Mira, 1925). La escucha analítica propuesta por Freud, de condición espontánea y no intervenida, queda lejos de estas prácticas, más próximas a los viejos métodos de la psiquiatría más tradicional, a los que Mira suma las técnicas de sugestión que Freud había abandonado explícitamente al demostrar sus limitaciones (Sánchez Lázaro, 1986: 644).

Quizás esta presentación del psicoanálisis contribuyó a que otros autores, de la más clásica tradición psiquiátrica, sintonizaran con la prueba de las asociaciones determinadas descrita por Mira. Es el caso de Antonio Vallejo Nágera, uno de los portavoces más representativos de la psiquiatría franquista, para quien el psicoanálisis no tuvo nunca un lugar de excesivo interés en su obra, pero que reconoció, sin embargo, haberlo empleado en alguna ocasión.

Muy temprano en su carrera como médico militar quedó encargado de desenmascarar a los simuladores que alegaban razones médicas para evitar el servicio militar (Huertas, 2002a: 89-90). Esta preocupación por la simulación, voluntaria e involuntaria, de enfermedades, le acompañó el resto de su carrera, dedicando numerosos trabajos a esta cuestión. En 1926 publicó el texto “Sobre el mecanismo psicológico de la simulación y las neurosis de deseo”, en el que contaba cómo a partir de un caso que se le resistía, llegó a emplear la prueba de las asociaciones verbales de Jung, en detrimento de la asociación libre de Freud que le merecía graves reproches “ya que algunas veces se comete la torpeza de analizar y rebuscar los complejos con auxilio del enfermo, recibiendo este nuevas sugerencias, de las que resulta la producción y presentación de nuevos síntomas con agravación del estado general” (Vallejo, 1926: 112). En este caso el enfermo, confirmaba Vallejo, “se resiste a toda serie de exploraciones psicológicas, habiendo tenido necesidad de hacer valer nuestra autoridad para que se someta a la prueba de Jung para la asociación verbal. Con este motivo provocamos una reacción afectiva y ante nuestra formal promesa de que nada podrá ocurrirle por ello, obtenemos, al fin, una confesión escrita” (Vallejo, 1926: 119).

El uso que Vallejo hacía de esta técnica presentaba la misma finalidad práctica que describe Mira: obtener la confesión, descubrir la verdad oculta o desenmascarar la mentira como forma de simulación. El medio empleado para engañar la voluntad del interrogado tampoco difería en sus intenciones, y ya fuese mediante farmacología, a través de la falsa promesa de que nada le ocurrirá, o mediante el uso de aparatos de medición somática (que recuerdan a planteamientos de tipo lombrosiano), de lo que se trataba en último término era de conseguir alcanzar la certeza y veracidad de sus palabras. Esta práctica sin embargo, reducía al sujeto a un mero recipiente de verdades ocultas que había que desvelar, pero no con un fin sanador, sino sancionador. Lo que hay detrás de este esquema es una correlación entre el núcleo de la personalidad y la reacción corporal involuntaria del sujeto, al que se le asocia la dinámica consciente-inconsciente del psicoanálisis, perfeccionando su aplicación a través de una serie de modificaciones técnicas dispuestas para engañar forzosamente y de la mejor forma posible a la censura consciente, pervirtiendo el uso terapéutico por una

servidumbre al poder judicial y su aparato de control.

La represión franquista y el psicoanálisis. Continuidades y discontinuidades con el periodo republicano

Tras la Guerra Civil, varios de los especialistas que habían abordado estas preocupaciones por mejorar la asistencia psiquiátrica y jurídica de los enfermos mentales y los delincuentes, tuvieron que abandonar España, o vivir en el exilio interior. El Nuevo Estado comenzó un proceso de reorganización de la psiquiatría eliminando gran parte de las reformas y leyes republicanas en un empeño por hacer borrón y cuenta nueva. En el discurso inaugural que López Ibor pronunció en 1942 en el Congreso de la recién constituida Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría, sustituta de la Asociación Española de Neuropsiquiatras creada en 1924 por varios de los principales actores de las reformas republicanas (Huertas, en prensa), este anunciaba: “Nuestra guerra victoriosa de liberación [...], por un lado [...] ha permitido la reanudación de la buena y auténtica tradición cultural española. Por otro, ha logrado el descuaje de lo que en ella había de advenedizo y poco consistente” (López Ibor, 1942b: 15).

Se rechazaron todos los logros republicanos, aunque el Decreto de internamiento de enfermos mentales de 1931 con el que se iniciaban las reformas psiquiátricas de la República no fue derogado por el franquismo (Basauri y Sánchez, 1997), que aprovechó las condiciones favorables que este establecía para el control social (Dualde, 2007: 96).

La nueva psiquiatría reclamó la vuelta a la tradición más conservadora. Desde el estamento científico se apeló a la recuperación de la esencia específica de lo español, identificada con la moral católica, verdadera antropología política del Nuevo Estado²⁶. Se abandonó la tendencia aperturista y regeneracionista que había caracterizado el periodo republicano, para hacer de la

nueva psiquiatría un saber inmóvil, personalista, con un pretendido carácter nacional que despreciaba lo extranjero, en favor de lo hispano.

En relación al psicoanálisis, exiliados sus principales defensores, vinculados en su mayoría a políticas de izquierda, la psiquiatría franquista procedió a expurgar la teoría para conjugar sus ideas con los valores del nacional-catolicismo.

Las Obras completas de Freud retomaron su publicación en 1948 en una edición de lujo en la que estratégicamente se “autorizaban los libros que no se querían prohibir pero sí restringir, utilizando el propio precio para frenar su difusión” (Sánchez Lázaro, 1991: 22). Con el fin de evitar una eventual censura (Bermejo, 1993: 69), tal y como confirma el expediente abierto a tal efecto por el régimen franquista, el prólogo de la edición de 1922, realizado por Ortega y Gasset, fue sustituido por otro en el que se establecían las compatibilidades entre el psicoanálisis y el catolicismo, citando prudentemente la autoridad del padre Gemelli (Druet, 2006: 91).

La insistencia en compatibilizar el psicoanálisis con el catolicismo acompañó prácticamente todas las reflexiones sobre psicoanálisis en estos años. Incluso los psiquiatras españoles interesados en la formación ortodoxa del psicoanálisis, y fundadores en 1959 de la Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis (SLEP), plantearon las posibilidades colaborativas entre la teoría psicoanalítica y la religión católica, en su caso, delimitando las funciones de una y otra. Carolina Zamora, una de las fundadoras de la SLEP, afirmaba, en el VII Congreso Católico Internacional de Psicoterapia y Psicología Clínica celebrado en 1957, su “convencimiento de la absoluta neutralidad de la técnica analítica clásica, en materia religiosa y de las grandes ventajas que esa técnica aporta para el desenvolvimiento de unas auténticas creencias. [...] Se trata aquí por tanto de una defensa del psicoanálisis con su técnica clásica freudiana para penetrar en lo ‘profundo’ y de su compatibilidad a la vez con una auténtica fe” (Zamora, 1957: 256).

Las reservas de López Ibor frente al psicoanálisis ya habían sido expuestas en 1936 en el conocido libro *Lo vivo y lo muerto del psicoanálisis*, reeditado con algunas modificaciones en 1951, esta vez bajo el título *La agonía del psicoanálisis*. López Ibor, sirviéndose

del pensamiento de Unamuno, describía el psicoanálisis como un saber que agonizaba en una constante lucha entre la vida y la muerte (López Ibor, 1936: 12). El propio recorrido de su obra psicoanalítica escenificaría esta idea, pues como saber superado según el autor, no terminó nunca de abandonarlo, llegando a publicar aún otro libro sobre el tema en 1975 titulado Freud y sus ocultos dioses, en el que reafirmaba sus posturas y razonamientos (Porcel, 2012: 169). Vallejo Nágera por su parte, alejado desde muy pronto del pensamiento psicoanalítico, escribió sin embargo en 1938 que “el descubrimiento de los complejos psicoafectivos en la manera como los entiende la doctrina psicoanalítica, constituye una de las más revolucionarias nociones de las ciencias psicológicas modernas” (Vallejo, 1938: 52). Sin desarrollar un amplio despliegue psicoanalítico, se mostraba conocedor del ineludible lugar de esta teoría en el ámbito de la psicoterapia, así lo expresaba al reconocer la natural tendencia humana a la “satisfacción de los deseos, aspiraciones e intereses”. No obstante, a la hora de la verdad, decía Vallejo, “lo que importa es su legitimidad o ilegitimidad moral” (Vallejo, 1938: 55), actitud en la que reconocemos la verdadera naturaleza de su pensamiento.

Pero sin duda el autor más prolífero y con mayor conocimiento de las ideas psicoanalíticas en esta época fue Ramón Sarró. Su crítica rechazaba el exceso de determinismo y cientificidad²⁷ del psicoanálisis, para renovarlo desde los postulados antropológicos del análisis existencial. La aportación más importante del psicoanálisis había sido, según Sarró, la introducción del estudio de la personalidad que la medicina materialista del siglo XIX había omitido (Carles et al., 2000: 163). Pero, al mismo tiempo, se quedaba en una idea parcial de la misma, que no contemplaba el problema de la esencia del hombre en su totalidad. Se reconocía por tanto el valor de Freud y su pensamiento, pero se señalaban sus carencias y errores, que según decían, habrían de ser superados a través de los postulados de la antropología filosófica y la fenomenología.

De esta forma varios de los conceptos más representativos de la teoría psicoanalítica fueron asimilados como parte del arsenal epistemológico de la psicoterapia, sin que su empleo representase una adscripción formal o profesional al psicoanálisis. De forma

ecléctica, prácticamente ningún autor parecía tener problemas en suscribir algunas ideas según conveniencia, sin importar mucho su origen o procedencia. Podemos decir por tanto que hubo una manifiesta intención de dar continuidad al saber psicoanalítico desde los intereses de la nueva psiquiatría, siempre y cuando el mismo estuviese curado de sus excesos. Algo que se aseguró mediante el auxilio a la autoridad eclesiástica y la suscripción oficial al pensamiento de autores como Jaspers o Binswanger, críticos con el materialismo y el psicoanálisis freudiano (González de Pablo, 1987).

La cuestión sería algo diferente en la aplicación judicial del psicoanálisis. En este terreno no hubo grandes aportaciones originales durante el primer franquismo. Las concepciones establecidas en los años treinta por los autores que hemos mencionado se asimilaron como diagnóstico pericial y comprensión de la delincuencia, repitiéndose de un autor a otro sin ofrecer variaciones importantes. Solo Camargo continuó su investigación original sobre criminología psicoanalítica publicando algunos textos en medios de alcance jurídico principalmente (Camargo, 1944, 1946, 1950, 1951, 1955). No obstante, no añadió grandes novedades conceptuales a su presentación de los años treinta. Aun así podemos considerar su obra como la mayor aportación de un español en esta materia²⁸.

La psiquiatría jurídica orientó su concepción sobre la delincuencia en contraposición a la idea de normalidad preconizada por el régimen e identificada con los valores del nacional-catolicismo. Los años de la posguerra española se caracterizaron por un notable empobrecimiento de la psiquiatría, caracterizada por su simplicidad, arbitrariedad y por la negación del sujeto (Casco, 1995), pero sobre todo por la creación de una élite de profesionales “minoritaria y aristocratizante, que se presentaba como poseída del saber psiquiátrico, del poder técnico, y que además se encontraba en la mejor posición para asumir la ideología del Nuevo Estado español” mientras que el resto de los psiquiatras “tenían que someterse fielmente al liderazgo de esta minoría privilegiada, tenían que seguir fielmente sus lecciones y teorías, aceptando a ciegas el principio de la autoridad científica de sus maestros” (González Duro, 1978: 52). Los años cincuenta trajeron sin embargo

cierto aperturismo científico, que se tradujo en una mayor atención por el análisis teórico, la prevención y el tratamiento de la delincuencia, así como por el estudio de las instituciones encargadas de su control social (Arroyo, 1993: 47). No obstante, fue más bien un lavado de cara frente a un contexto internacional que había penalizado a España por su colaboración con las potencias del Eje (Casco, 1999). La búsqueda de nuevos aliados y el fin del aislamiento internacional obligó al régimen a realizar algunas concesiones en materia jurídica e institucional (Moradiellos, 2000), en las que, entre otras cuestiones, se retomó la preocupación correccionalista del delincuente.

En 1951 el jurista José María Codón y el psiquiatra Ignacio López Saiz publicaron el manual de *Psiquiatría Jurídica Penal y Civil*²⁹ con el objetivo de ahondar en las relaciones entre Derecho y enfermedad mental y delimitar las funciones de la psiquiatría jurídica en el Derecho español. La obra estaba expresamente dirigida a “interesar al abogado, al notario, al juez y a todos y cada uno de los juristas en los problemas de la Psiquiatría [...] mostrarles la realidad de la enfermedad mental” (Codón y López, 1954: 17). Sus postulados, atravesados por un fuerte conservadurismo, destilaban un tono patriótico y moralista característico del nacional-catolicismo (Dualde, 2007: 102). El psicoanálisis se exponía como una de las formas posibles de comprender el delito, posiblemente la que “ha intentado adentrarse con más ahínco en la explicación de los móviles inconscientes, mejor diríamos subconscientes, del crimen”. Y proseguía reafirmando el indiscutible papel de Camargo en el estudio de “los múltiples ‘complejos’ [...] y sus relaciones con los diferentes tipos de delitos” (Codón y López, 1954: 51-52). Pero acto seguido la concepción psicoanalítica era calificada de “excesivamente teórica” y “determinista en extremo; aboga por la supresión de la pena” que sustituyen, dicen, por “un tratamiento psicoanalítico y pedagógico adecuado” (Codón y López, 1954: 52), algo en lo que no parecían estar de acuerdo. Rescataban, sin embargo, el pensamiento de Adler quien, separándose de la concepción freudiana, hizo pasar “a segundo plano los ‘complejos’ por represión sexual” (Codón y López, 1954: 52). La conclusión final de Codón y López reconocía la aportación psicoanalítica como “un descubrimiento psicológico y psicoterápico transcendental” que estaba siendo señalado por los más “eminentes psiquiatras y

pensadores católicos (Vallejo Nágera, López Ibor, Marco Merenciano, Gemelli, Th. V. Moore)” (Codón y López, 1954: 53-54), todos ellos representantes de la élite psiquiátrica que acabamos de mencionar.

La aparente solidez científica según la cual se recogían e indexaban diversas posturas y orientaciones médicas sobre delincuencia y enfermedad mental, componían una especie de escaparate teórico que, como fachada al exterior ofrecía muestras de su profundo conocimiento en la materia. No obstante, poco nos dice de la práctica efectiva en la asistencia al problema de la delincuencia. De hecho, en última instancia, se mostraba la verdadera dirección de sus postulados, en los que a pesar de las consideraciones biológicas, ambientales o sociales defendidas por unas y otras escuelas, lo importante era la responsabilidad del delincuente. Así, en el prólogo a la edición de 1968, reconocían que: “Se admiten las relaciones de interdependencia de las tendencias delictivas de la persona, de su resistencia psíquica, de su peculiar situación, etc. pero las relaciones de interacción, de signo marcadamente positivista, no derogarán nunca la base del verdadero Derecho Penal que es la teoría de la causalidad” (Codón y López, 1968: 12).

El positivismo criminológico fue fuertemente criticado, en virtud de un planteamiento existencialista que ponía en primer plano la preocupación por la espiritualidad del ser. El psicoanálisis, entendido bajo este mismo signo positivista, no tuvo verdaderos visos de puesta en práctica, como tampoco lo hicieron el resto de teorías que en sus postulados entrasen en contradicción con los supuestos morales de la sociedad franquista. No obstante, hubo concesiones teóricas (Kretschmer o la nosología kraepeliniana) que, por motivos políticos e ideológicos, permanecieron como parte del arsenal psiquiátrico en una descarada connivencia entre ciencia y control social.

Y probablemente con el mismo espíritu con el que se realizaron estas concesiones, el psicoanálisis pervivió en el ámbito judicial a pesar de su criticado positivismo materialista. Pérez de Petinto así lo señalaba en un trabajo sobre la determinación de la peligrosidad social y el informe médico-forense, en el que el psicoanálisis se describía en su utilidad para elaborar el expediente de peligrosidad

(Pérez, 1954: 98). Señalaba que, a pesar de los loables intentos de las tendencias psicoanalíticas por la corrección individual del delincuente, mejor era reservarla para casos excepcionales, y dedicar los esfuerzos del saber psiquiátrico en la elaboración del informe de peligrosidad, del que el juez habrá de colegir las correspondientes acciones judiciales.

Francisco J. Echalecu, psiquiatra franquista poseedor de la condecoración de la Orden del Águila Alemana, entre otras, otorgada por el gobierno nacionalsocialista, incluyó también las concepciones del psicoanálisis y psicología individual de Adler, en el abanico teórico al que daba repaso en su labor como docente de la Escuela General de Policía (Bandrés, Llavona y Zubieta, 2013: 54). Sus enseñanzas fueron recogidas en el texto *Contestaciones al Programa de Psicología Criminal* (1943) en el que finalmente sostendría que por contraste con las concepciones antes descritas surgía “la posición básica del Derecho penal alemán y la moderna concepción político-criminal” (Echalecu, 1943: 134). Bajo las técnicas científicas para el interrogatorio judicial indexaba el examen psicoanalítico y la prueba de las asociaciones verbales, en una exposición en la que llegaría a afirmar que la tortura era una práctica “abolida en los países civilizados” (Echalecu, 1943: 245), algo que redundaba en la idea de la desconexión entre lo que se decía y se escribía en los manuales y la práctica efectiva en el ámbito psiquiátrico y judicial, ya que está de sobra constatado que el empleo de la tortura en este periodo era la regla y no la excepción (Bandrés, Llavona y Zubieta, 2013: 58).

Podemos concluir, por tanto, que existe una continuidad epistemológica del discurso psicoanalítico por la psiquiatría franquista en el que se conjuga y reformula la teoría a partir del pensamiento de los psicoanalistas disidentes (Adler y Jung) y, principalmente, a partir de los postulados de la antropología existencial, validados por los dictámenes ideológicos del régimen. No obstante, en el campo judicial, aunque el psicoanálisis no desaparece, ningún autor reformula o aporta elementos nuevos a las concepciones establecidas durante la década de los años treinta. La “técnica” psicoanalítica se repite de un manual a otro, con un interés más bien estratégico y político, y sin constancia alguna de su efectiva puesta en práctica.

La prevención y el tratamiento del delito fue para los psiquiatras de la Segunda República una preocupación a la que respondieron con estrategias pedagógicas y psicoterápicas (en las que, como hemos dicho, participaron las ideas psicoanalíticas) que, al servicio del poder de normalización, pretendían inculcar desde argumentos científicos un sentido de responsabilidad moral y social, dentro de los marcos de una construcción democrática. El franquismo, sin embargo, entendió en el castigo la condición terapéutica suficiente para inhibir las tendencias delictivas por el temor que despertaba su puesta en práctica. Castigo que también podía sobrevenir en forma de ley moral (religiosa), articulando un sistema de penas y redenciones, cualitativamente diferente al de los postulados correccionistas defendidos por los psiquiatras republicanos, y más propios de una dictadura que entendió en la violencia, la represión y el miedo los pilares de su sistema político.

Quizás demasiado experimental o quizás excesivamente determinista, los psiquiatras franquistas no mostraron el mismo interés práctico ni por la criminología psicoanalítica, ni por su descripción como técnica para desvelar la verdad.

Bibliografía

Alexander, F.

y

Staub, H. (1935):

El delincuente y sus jueces desde el punto de vista psicoanalítico,
Biblioteca Nueva, Madrid.

Álvarez, R.

y

Huertas, R. (1987):

¿Criminales o locos?, CSIC, Madrid.

Álvarez-Uriá, F. (1983):

Miserables y loco. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX, Tusquets, Barcelona.

Arroyo Zapatero, L. (1993):

Estudios de Criminología I, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.

Balbuena, F.; Sánchez-Barranco, I.; De Dios, J. F.

y

Sánchez-Barranco, A. (2003):

“August Aichhorn, un pionero del psicoanálisis aplicado a los jóvenes delincuentes”, *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 2 (1), pp. 107-124.

Bandrés, J.; Llavona, R.

y

Zubieta, E. (2013):

“La Psicología Criminal en la Policía de Franco”, *Psicothema*, 25 (1), pp. 55-60, doi: 10.7334/psicothema2012.167.

Basauri, A.

y

Sánchez Gutierrez, A. E. (1997):

“Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17 (61), pp. 125-145.

Bermejo Frígola, V. (1993)

: La institucionalización del Psicoanálisis en España en el marco de la A.P.I., Universidad de Valencia, Valencia, tesis doctoral.

Camargo y Marín, C.

(1931): *El psicoanálisis en la doctrina y en la práctica judicial*, Aguilar, Madrid.

— (1944): “La conciencia onírica y la responsabilidad penal del soñador”, [sin editorial], *Separata Estudios Jurídicos*, Madrid, pp. 129-136.

— (1946): “La delincuencia colectiva ante el psicoanálisis”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, 10, pp. 21-26.

— (1950): “El concepto psicoanalítico de la imprudencia”, *Anuario de Derecho Penal*, pp. 290-320.

— (1951): “El psicoanálisis y la criminología”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, 71, pp. 87-92.

— (1955): “El complejo de supervivencia como principio fundamental de la criminología psicoanalítica”, *Anuario de Derecho Penal*, pp. 43-58.

Campos, R. (1997):

“Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936)”, *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 49 (1), pp. 39-60.

— (2007): “¿Psiquiatría para los ciudadanos o psiquiatría para la represión? El problema de la peligrosidad del enfermo mental”, en R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.), *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española*, Frenia, Madrid, pp. 15-36.

— (2013): “La construcción del sujeto peligroso en España (1880-1936). El papel de la psiquiatría y la criminología”, *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 65(2), p. 17, doi: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2013.17>.

— (2015): “Psiquiatría republicana versus psiquiatría franquista: rupturas y continuidades (1931-1950)”, *Letra Internacional*, 121, pp. 105-128.

Carles, F.; Muñoz, I.; Llor, C.

y

Marset, P. (2000):

Psicoanálisis en España (1893-1968), Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

Carpintero, H. (2004):

Historia de la psicología en España, Pirámide, Madrid.

Casco Solís, J. (1995):

“Autarquía y nacional-catolicismo”, en VV AA, *Un siglo de psiquiatría en España*, Extraeditorial, Madrid, pp. 197-226.

— (1999): “Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960)”, con un prólogo y un epílogo como homenaje a Luis Martín-Santos, en F. Fuentenebro, G. E. Berrios, I. Romero y R. Huertas (eds.), *Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio*. Luis Martín-Santos, Necodisne Ediciones, Madrid, pp. 85-129.

Codón, J. M.

y

López Saiz, I.

(1954): *Psiquiatría Jurídica Penal y Civil*, Imprenta Aldecoa, Burgos, 2ª ed.

— (1968): *Psiquiatría Jurídica Penal y Civil*, Imprenta Aldecoa, Burgos, 3ª ed.

Damoussi, J. y Plotkin, M. (2009):

The Transnational Unconscious. Essays in the History of Psychoanalysis and Transnationalism, Palgrave Macmillan, Nueva York.

Druet, A. C. (2006):

La psychanalyse dans l'Espagne post-franquiste, Université Paris IV-Sorbonne, Paris, tesis doctoral.

— (2011): “Psychoanalysis in Franco’s Spain (1939-1975): Crónica de una ‘agonía’ anunciada”, en J. Damousi y M. Plotkin (coords.), *Psychoanalysis and Authoritarianism*, Oxford University Press, Nueva York.

Dualde Beltrán, F. (2007):

“Legislación y asistencia psiquiátrica durante el franquismo: consideraciones particulares acerca de la esquizofrenia”, *Cronos*, 10, pp. 89-136.

Echalecu

y

Canino, F. J.

(1943): *Contestaciones al Programa de Psicología Criminal*, Escuela General de Policía, Madrid.

Foucault, M.

(1999): *Les Anormaux (1974-1975)*, Gallimard, París.

Freud, S. (1981)

: *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 4ª ed.

Gallo, H.

(2007): *El sujeto criminal: una aproximación psicoanalítica al crimen como objeto social*, Universidad de Antioquia, Colombia.

Garma, A.

(1934): “Crimen y castigo. Contribución al estudio de la psicología del psicópata delincuente”, *Archivos de Neurobiología*, 14 (4), pp. 579-598.

González de Pablo, A.

(1987): “Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la posguerra española: La implantación de la psiquiatría de Heidelberg en España”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7 (23), pp. 633-647.

González Duro, E.

(1978): *Psiquiatría y sociedad autoritaria, 1939-1975*, Akal, Madrid.

Huertas, R.

(1987): “Psiquiatría forense”, en R. Huertas, A. I. Romero y R. Álvarez, *Perspectivas psiquiátricas*, CSIC, Madrid.

— (1998): “Una nueva Inquisición para un Nuevo Estado: Psiquiatría y orden social en la obra de Antonio Vallejo Nágera”, en R. Huertas y C. Ortiz (eds.), *Ciencia y Fascismo*, Doce Calles, Madrid.

— (2002a): *Los médicos de la mente: de la neurología al psicoanálisis*: Lafora, Vallejo Nágera, Garma, Nivola, Madrid.

— (2002b): *Organizar y persuadir: estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*, Frenia, Madrid.

— (en prensa): “En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)”, *Dynamis*.

Jiménez de Asúa, L.

(1935): *Valor de la psicología profunda. Psicoanálisis y Psicología individual en ciencias penales*, Reus, Madrid.

Juarros, C.

(1928): *Los horizontes del psicoanálisis*, Mundo Latino, Madrid.

Laplanche, J.

y

Pontalis, J. B.

(1996): Diccionario de Psicoanálisis, Paidós, Buenos Aires.

Lévy, S.

(2016): “Delitos inconscientes. Psicoanálisis y teoría penal durante la Segunda República española”, Culturas Psi/Psy Cultures, 6, pp. 34-64.

López Ibor, J. J.

(1936): Lo vivo y lo muerto del psicoanálisis, L. Miracle, Barcelona.

— (1942a): Neurosis de Guerra (Psicología de Guerra), Científico Médica, Barcelona-Madrid.

— (1942b): “La psiquiatría en España en la hora presente”, Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, 3 (1-2), pp. 15-25.

— (1951): La agonía del psicoanálisis, Espasa-Calpe, Buenos Aires.

— (1975): Freud y sus ocultos dioses, Planeta, Barcelona.

Mira, E.

(1925): “Un nou mètode d’exploració del subconscient”, Anals de Ciències Mèdiques, XIX, 1, pp. 15-21.

— (1926): El Psico-análisis, Arnau de Vilanova, Barcelona.

— (1932): Manual de Psicología Jurídica, Salvat, Barcelona.

— (1935): Manual de Psiquiatría, Salvat, Barcelona.

Moradiellos García, E.

(2000): La España de Franco (1939-1975): política y sociedad, Síntesis, Madrid.

Mülberger, A.; Balltandre, M.

y

Montero-Pich, O.

(2015): “La Psicología en la Revista Médica de Barcelona: Psicoterapia, Higiene Mental y Moral”, *Nova Época*, vol. 8, pp. 57-83, doi:10.2436/20.2006.01.190.

Ortega y Gasset, J.

(1966): “Psicoanálisis: ciencia problemática”, *Obras completas, Revista de Occidente*, Madrid, vol. 1, pp. 216-236.

Perez de Petinto, M. (1954):

“La calificación de peligrosidad y el informe médico-forense”, *Archivos de Neurobiología*, 1, pp. 80-103.

Peset, J. L.

(1983): *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*, Crítica, Barcelona.

Porcel, A.

(2012): “Marta y el complejo. La recepción popular del psicoanálisis en el franquismo”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (113), pp. 165-180.

Reik, T.

(1943): *El asesino desconocido. Psicoanálisis de los procedimientos criminológicos*, El Ateneo, Buenos Aires.

Rodríguez Lafora, G.

(1929): *La Psiquiatría en el nuevo Código Penal español de 1928 (juicio crítico)*, Reus, Madrid.

Ruperthuz, M.

(2015): *Freud y los chilenos, Pólvora*, Santiago de Chile.

Saiz, M.

y

Saiz, D.

(1996): Personajes para una Historia de la Psicología en España, Pirámide, Madrid.

Sánchez Lázaro, J.

(1986): “El psicoanálisis de Freud en la obra de Emilio Mira y López (1921-1936)”, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, 6 (19), pp. 636-649.

— (1991): “La recepción de Freud en la cultura española 1893-1983”, Medicina e Historia, 41, pp. 1-16.

Sarró, R.

(1936): “Valor de las nuevas tendencias antropológicas para la psicoterapia”, Archivos de Neurobiología, 16, pp. 405-433.

— (1956): “El ocaso del psicoanálisis ortodoxo en Sudamérica”, Rev. Psiq. y Psicol. Méd. Eur. y América Latina, 2 (7), pp. 631-636.

Trinidad Fernández, P.

(1991): La defensa de la sociedad. Cárcel y delincuencia en España (s. XVIII-XX), Alianza, Madrid.

Vallejo Nágera, A.

(1926): “Sobre el mecanismo psicológico de la simulación y las neurosis de deseo”, Archivos de Neurobiología, 16, pp. 108-120.

— (1938): Eugamia. Selección de novios, Editorial Española, San Sebastián.

— (1952): “Discurso inaugural”, Libro de Comunicaciones del III Congreso Nacional de Neuro-Psiquiatría, Galicia, pp. 7-18.

Zamora, C.

(1957): “Fe Católica y Psicoanálisis”, Actas VII Congreso Católico

Internacional de Psicoterapia y Psicología Clínica, Madrid, pp. 256-260.

Capítulo 6

EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS EN LA POSGUERRA. VIEJAS Y NUEVAS PRÁCTICAS*30

**Ana Consegnieri, Olga Villasante
y Paloma Vázquez de la Torre**

INTRODUCCIÓN

El Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés es, sin duda, uno de los establecimientos psiquiátricos más emblemáticos del Estado español. Aunque existen algunos trabajos previos dignos de mención (Delgado, 1986), ha sido en los últimos años cuando se está procediendo a un estudio sistemático y detallado de la historia de esta institución (Villasante, 2003, 2008; Tierno 2008; Mollejo, 2011; Vázquez de la Torre, 2008; 2012; Vázquez de la Torre y Villasante, 2016; Consegnieri, 2008, 2013).

Estos trabajos se han centrado en el funcionamiento institucional, pero sobre todo en las prácticas psiquiátricas (diagnósticas y terapéuticas) desarrolladas por los facultativos, en las características de la población manicomial y en los avatares de la vida cotidiana en el interior del manicomio. Como es lógico, la Casa de Santa Isabel sufrió cambios organizativos y de funcionamiento que no fueron ajenos a las transformaciones políticas, sociales y culturales producidas en España desde su fundación en 1852. Uno de los momentos clave, en este sentido, fue el paso de la Segunda República a la dictadura franquista, con la Guerra Civil por medio. Siguiendo la tesis defendida en este libro, nos proponemos analizar algunos aspectos cruciales del manicomio durante la posguerra, intentando valorar de qué manera afectó a una institución concreta, y con unas características muy específicas, el marcado cambio político y social que propició la instauración del Nuevo Estado

franquista. De qué modo entre el fin de la guerra y el año 1952, tuvieron lugar novedades en las prácticas institucionales, pero también hasta qué punto se mantuvieron tradiciones y modos de hacer instauradas previamente.

La historiografía sobre la asistencia psiquiátrica en el primer franquismo es escasa. Existen investigaciones que, cubriendo periodos temporales más amplios, se han ocupado también del periodo franquista en diferentes manicomios del país (García Cantalapiedra, 1992; López de Lerma y Díaz Gómez, 2000; Simón Lorda, González Fernández y Rodríguez López, 2003; Comelles, 2006), pero se hacen necesarios trabajos más específicos centrados en esta época concreta. Dejando claro, pues, que se trata de un estudio de caso, que será preciso contrastar con lo acaecido en otras instituciones del Estado, pensamos que el presente trabajo puede aportar datos sobre la situación de la práctica psiquiátrica en el primer franquismo, más allá de los discursos teórico y programáticos de los que se ocupan otros capítulos de esta obra colectiva.

REORGANIZACIÓN DEL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS

El Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno de 1941 (Boletín Oficial del Estado, 3 de noviembre de 1941) sustituyó al anterior de 1885, que había permanecido vigente hasta entonces. Uno de sus objetivos era adecuar el funcionamiento del manicomio de Leganés a las disposiciones generales establecidas por el Decreto republicano de 3 de julio de 1931 (Villasante, 2003).

El manicomio admitía, desde su fundación, a pacientes pensionistas cuyas familias pagaban en función de la categoría, y que ayudaron a mantener económicamente la institución. Esta coexistencia de plazas de pensionistas y de plazas para pacientes pobres adscritos a la Beneficencia fue característica de numerosos establecimientos psiquiátricos tanto en las instituciones españolas como de otros

lugares (Beveridge, 1995; Suzuki, 2003). En este sentido, el Reglamento de 1941 contemplaba 200 plazas para pobres, 125 de pensionistas de segunda y 75 de primera. La proporción entre las diferentes categorías se mantenía a costa de las altas, más frecuentes en los pacientes de pago, y es por ello que los ingresos de pensionistas siempre superaron a los de pobres, salvo durante la Guerra Civil (Vázquez y Villasante, 2016).

De hecho, entre 1939 y 1952, el 68 por ciento de los ingresos correspondieron a pensionistas, que superaron el cupo máximo, en detrimento de los pacientes asignados a Beneficencia pues, mientras permanecían en un turno de espera, se mantenían sin ocupar el 25 por ciento de sus plazas libres (Conseglieri, Villasante y Del Cura, 2007). Los pagos se efectuaban en la Administración depositaria del manicomio por adelantado, y si la familia dejaba de abonar el importe estipulado se producía un descenso en la categoría administrativa de ingreso, lo que llegó a ocurrir en el 4 por ciento de los casos (Conseglieri, 2013a). El Reglamento de 1941 incrementó las tarifas respecto a las estipuladas en una orden de 1917 (Gaceta de Madrid, 13 de junio de 1917), en la cual se establecía que los pensionistas debían pagar 4,50 pesetas por día de estancia y 4 pesetas al mes por el cuidado, planchado y lavado de sus ropas, y los pensionistas de segunda clase 3 pesetas diarias por estancia y 4 pesetas por la ropa (Candela y Villasante, 2011: 213). A partir de 1941, los enfermos pensionistas de primera pasaron a abonar 10 pesetas diarias por estancia completa y los de segunda clase 7,50 pesetas diarias. Estas diferencias de clase, sin duda, repercutían en las condiciones de las estancias donde se alojaban, en el vestido o la alimentación, a pesar que el nuevo reglamento había suprimido los detalles sobre los alimentos y atuendos de los pacientes, que sí estaban regulados en los reglamentos anteriores (Villasante, 2008).

Figura 1

Ficha o parte estadístico utilizado en el Manicomio de Leganés

Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés

AÑO DE 1936

RESUMEN ANUAL
(POR CONCEPTOS)

Fuente: Cuentas, Anexo 2, p. 11 (total)

			Existencia anterior	Entradas	ALTAS					Existencia actual
					Curación	Remisión	Traslado	Defunción	Total de altas	
I.-Clasificación administrativa	Hombres...	Pensionistas...	12	12		1	1	7	12	80
		Beneficencia...	12	2		1		16	12	69
		Pensionistas...	12	12	2	1	2	11	19	92
		Mujeres...	12	2		1		1	5	76
	Total		129	36	2	7	5	32	51	289
II.-Clasificación técnica	Agitados...		16			1	1	5	7	9
	Sucios...		16				1	1	2	5
	Tranquilos...		129	46	6	6	1	28	49	189
	Total		161	46	6	7	5	32	57	289
III.-Clasificación nosológica	Oligofrenia...		12	2		1		5	6	22
	Esquizofrenia...		178	22		1	1	12	24	196
	Pícnosis maniaco-depresiva...		12	2	1	1		2	4	18
	Paranoia...		12	1						20
	Pícnosis constitucional...		12	2				1	1	20
	Demencia senil...		12	2			1	2	5	13
	Parálisis general...		2	2				2	2	6
	Pícnosis epilepticas...		2	1			1		1	66
	Pícnosis alcoholicas...		2	1		1			1	5
	Otras pícnosis orgánicas y tóxicas...		2	2	1			2	4	5
	Total		129	36	2	7	5	32	51	289

Leganés, 31 de Diciembre de 1936.

El Jefe facultativo.

Además, los pacientes se distribuían en distintos departamentos con una clasificación heredada de la tradición francesa: “tranquilos”, “sucios”, “agitados” y “furiosos”, que fue prácticamente universal en todas las instituciones del país (Comelles, 1988: 59). Si bien esa información no se halla en las historias clínicas, sabemos que la mayoría de los pacientes estaban catalogados como “tranquilos”, debido a las fichas o partes estadísticos que, desde 1931, se enviaban desde el manicomio a la Dirección General de Beneficencia (figura 1). Estos partes mensuales y anuales, cuya finalidad era confeccionar una estadística nacional de enfermos mentales, agrupaban a los pacientes en tres secciones: según una denominada clasificación técnica en “agitados, sucios y tranquilos”, por criterios administrativos en “pensionistas o beneficencia”, y en 10 grupos que corresponden a una clasificación nosológica que detallaremos en otro apartado. Hay que destacar también que, a partir de 1943, no se registró ningún caso en la sección de agitados o de sucios.

Una de las diferencias significativas del nuevo reglamento es la supresión de los departamentos de infancia, edad madura y el de pacientes sujetos a Tribunales de justicia. Previamente a esta regulación, sin embargo, se internaron cinco niños menores de 16

años, diagnosticados de epilepsia y oligofrenia. En 1940, tan solo un año antes de que desapareciese el departamento de la infancia, el jefe facultativo interino del manicomio de Leganés redactó dos escritos rechazando el ingreso de menores de edad, alegando las dificultades para mantener a los niños separados del resto de los pacientes:

Ilustrísimo Señor. En cumplimiento del Decreto marginal de vuestra Ilustrísima que precede, el Jefe Facultativo que suscribe tiene el honor de informar la presente instancia escrita por Doña D. G. R., y en la que solicita le sea concebida una plaza en este Manicomio para su hijo L. C. G., en el sentido de que careciendo este establecimiento de local apropiado para esta clase de enfermos, ya que por su corta edad no es aconsejable su convivencia con los demás enfermos, que por ser adultos y tener inclinaciones sexuales, ofrecen un grave peligro para estos enfermitos, por cuya causa me permito proponerle a V. I. le sea denegada la solicitud de estancia. Vuestra Ilustrísima no obstante acordará lo que mejor proceda. Leganés, a 11 de junio de 1940. El Jefe Facultativo Interino³¹.

Sin duda, la ausencia de instituciones para la infancia (Del Cura, 2003), generaba una polémica compleja que motivó la intervención de M. González Ferradas. En 1943, este inspector general de Asistencia Médico-social y jefe de la Sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad, obligó a todos los establecimientos psiquiátricos a disponer de un número de camas destinadas a niños e instaladas en pabellones aparte, aunque él mismo denunciaba que pocas instituciones cumplían con dicha normativa (González Ferradas, 1943). Algunos hospitales como el de Valladolid sí contaban con esta estancia separada para niños a finales de los años cuarenta (García Cantalapiedra, 1992: 324), que, sin embargo, en el caso de Leganés no ha podido comprobarse, al menos antes de 1952.

La admisión de enfermos mentales procesados también ha sido un problema crónico en España (Barrios Flores, 2007: 475), que se suplía con el ingreso de los pacientes sujetos a los tribunales de

justicia en las instituciones psiquiátricas (Campos, 2003, 2012). Numerosos “dementes procesados” esperaban en las cárceles su ingreso en Leganés, mientras se mantenía un debate sobre la construcción de un manicomio judicial que implicó a médicos y juristas (Barrios Flores, 2000). Si a finales del siglo XIX, la Junta de Patronos de la Casa de Dementes solicitó al Gobierno que cesaran los ingresos de penados porque ahuyentaban a los pensionistas que ayudaban a sostener económicamente la institución (Álvarez Uría, 1983), y a comienzos del siglo XX se construyó el pabellón de penados para separar la población judicial³², la verdad es que el número de ingresos “por orden judicial” desde el final de la guerra hasta 1952 solo asciende a siete, un número significativamente inferior al registrado en décadas previas. La eliminación de esta división en el Reglamento de 1941 posiblemente estaría relacionada con la construcción, tras numerosos intentos legales y administrativos, del Instituto Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel en Madrid, que comenzó en 1944 (Barrios Flores, 2000: 27) y se inauguró a finales de 1952.

En todo caso, a comienzo de los años cuarenta se inicia una reorganización de la institución, con un nuevo reglamento, con viejos y nuevos responsables y con viejas y nuevas prácticas en su interior.

MÉDICOS-ALCALDES Y ENFERMEROS DEPURADOS, PARA UNA INSTITUCIÓN ‘RENOVADA’

El Reglamento de 1941, señalaba que las plazas de personal médico que debían cubrirse en la institución debía ser las siguientes: un jefe facultativo, dos médicos supernumerarios residentes, un médico auxiliar y un médico del laboratorio de análisis. Tras la llegada de las tropas rebeldes a Leganés, Aurelio Mendiguchía Garriche — como director del establecimiento—, Antonio Martín Vegué y José María Moreno Rubio, fieles al bando franquista, permanecieron en la institución (Vázquez de la Torre, 2013). Curiosamente estos tres médicos desempeñaron en el municipio de Leganés una labor

política, pues los tres fueron alcaldes de la localidad durante la guerra y los primeros años de la posguerra (Maroto García, 2010). En 1943, después de un proceso de depuración, regresó Enrique Fernández Sanz, que había sido médico consultor y director de la institución durante todo el periodo republicano. Sin embargo, la incorporación más significativa al personal del manicomio en aquellos años fue la de Manuel Peraita, un eminente neurólogo formado en Alemania que fue nombrado jefe facultativo de Santa Isabel de Leganés en 1944.

Merece la pena hacer hincapié en la gestión de Peraita al frente del establecimiento porque representa, dentro de la precariedad del momento, una cierta modernidad que, de algún modo, supone una continuidad con las dinámicas científicas y asistenciales anteriores a la guerra. Peraita había permanecido en Madrid durante la contienda, colaborando en la Policlínica de Enfermedades Carenciales, junto a Francisco Grande Covián y al psiquiatra Bartolomé Llopis (Llopis, 1943, 1946). Sus trabajos sobre avitaminosis y sistema nervioso (Grande y Peraita, 1941) o la descripción de una serie de neuropatías carenciales, entre las que destaca el llamado síndrome parastésico-causálgico o síndrome de Madrid (Peraita, 1947a; Huertas y Del Cura, 2010), se basan en estudios desarrollados con pacientes en el Madrid sitiado y desabastecido de la guerra, pero fueron publicados durante los años cuarenta. Al contrario de lo que ocurrió con sus compañeros en el sitio de Madrid, el resultado del expediente de depuración aplicado a Peraita no tuvo consecuencias (Huertas, 2015). Después de la Guerra Civil, trabajó en el Laboratorio de Neurofisiología del Instituto Cajal de Investigaciones Biológicas y, en 1944 fue nombrado, con el apoyo de López Ibor, director del Manicomio Nacional de Leganés, cargo que desempeñó hasta 1949 cuando una enfermedad le impidió continuar en su puesto, falleciendo poco después (Conseglieri, 2013b; Conseglieri, Villasante y Del Cura, 2007).

Durante los años en que Peraita estuvo al frente de la institución además de una renovación arquitectónica general³³, se mejoraron las instalaciones incorporando un servicio de rayos X, laboratorios, talleres y quirófanos³⁴. Al finalizar su jefatura, la institución contaba con un médico internista, 4 neuropsiquiatras, 3

practicantes, 18 religiosas Hijas de la Caridad, 3 plazas de personal administrativo y 43 de subalterno³⁵. Los esfuerzos de Peraita por reformar y mejorar el establecimiento quedan, pues, patentes en un momento histórico de muy escasa inversión, a lo que habría que añadir, como más adelante se verá, sus planteamientos científicos y terapéuticos, que siempre pretendieron despojar al manicomio de una mera función de custodia y tutela.

En relación al personal no médico, fueron varios los practicantes y el personal subalterno que escaparon tras la llegada a Leganés de las tropas franquistas. Un buen ejemplo, es el del practicante Eugenio Peral García, que abandonó el manicomio en cuanto el ejército rebelde entró en Leganés. En un informe encontrado en el archivo de la institución, remitido al Ministerio del Aire, se informaba sobre su filiación socialista durante la guerra:

22 de octubre de 1939. Año de la victoria. Tengo el honor de remitir a usted debidamente cumplimentado el cuestionario en que solicita informes del practicante de este manicomio Eugenio Peral García desde el día 18 de julio hasta el 4 de noviembre de 1936 fecha en que fue liberado Leganés por nuestro glorioso ejército. Dios guarde a usted muchos años. A 22 de octubre de 1939. Año de la victoria. Del Director Facultativo Interino al Juez instructor de Valencia.

Resumen del informe: Pertenecía al partido socialista, era presidente del comité rojo del Manicomio de Leganés, exaltaba en sus conversaciones a la causa roja e insultaba a nuestros generales y ejércitos. No se le considera como autor material de crímenes y saqueos, ni como inductor en Leganés. Poseía como arma una pistola. Estuvo en relación con el ayuntamiento rojo en Leganés. No tomó parte en el saqueo y quema de imágenes de la capilla del manicomio. Informe dado al Ministerio del Aire con fecha del 22 de octubre de 1939³⁶.

Cabe aclarar que Eugenio Peral no volvió a Leganés porque se pasó a la zona republicana, trabajando a lo largo del año 1937 primero en el Hospital de la Princesa de Madrid y posteriormente en Hospital nº 1 (Hotel Palace), siendo finalmente destinado al cuerpo de aviación. Tras la guerra, su fidelidad a la República y su filiación socialista provocó su detención y fue condenado a seis años de reclusión en la prisión provincial de Madrid, decidida en un Consejo de Guerra celebrado el 11 de diciembre de 1939 en Valencia³⁷.

A esta depuración del personal de Leganés es necesario añadir que los cambios de personal estuvieron marcados también por la restitución de espacios de poder a las órdenes religiosas en el ámbito sanitario y asistencial. Al finalizar la guerra, tal como señala Comelles, muchas órdenes religiosas regresaron a los manicomios, sustituyendo al personal laico, para ahorrar gastos (Comelles, 1988). En Leganés las Hijas de la Caridad ya tenían una presencia muy significativa desde noviembre de 1936, al sintonizar con los militares franquistas que ocuparon la institución (Vázquez de la Torre, 2012). Poco después de la contienda, las 18 religiosas tenían asignadas 4.500 pesetas anuales en el presupuesto, sin duda más económico que el sueldo de veinticinco enfermeros, a quienes les correspondían 68.437,50 pesetas (Conseglieri, 2013a). A principios de los años cuarenta, se propuso una reducción del número de enfermeros (de 25 a 20), manteniéndose las Hijas de la Caridad como responsables de la intendencia y el cuidado a las enfermas. Esta incorporación de las monjas contribuyó, sin duda, a la paralización del programa de formación de personal auxiliar que se había puesto en marcha durante la Segunda República con la regulación del diploma de enfermero psiquiátrico, cuyos exámenes fueron interrumpidos por la guerra (Duro Sánchez y Villasante, 2016). A pesar de que, en algunas instituciones psiquiátricas, como las de Valladolid o Jaén, se celebraron algunos cursos de psiquiatría, no nos consta que los cursos que se empezaron a impartir en Leganés en 1933 se retomaran después de la guerra (Villasante, 2015).

UNA PEQUEÑA POBLACIÓN CON UNA ELEVADA MORTALIDAD

El aumento de la demanda de internamiento psiquiátrico durante la posguerra española fue prácticamente generalizado en todo el país. A lo largo de los años cuarenta y hasta mediados de la década de los cincuenta se construyeron nuevos manicomios como los de Granada, Jaén, Alicante, Salamanca y Lugo entre otros. De las 20.000 camas psiquiátricas disponibles en 1939 se pasó a 27.140 en el año 1952 (González Duro, 1997: 431). En diciembre de 1939 había en el manicomio de Leganés 283 pacientes ingresados, número que ascendió paulatinamente durante los años de la posguerra, pero sin superar en ningún momento la cifra de 400 internos, autorizada en el Reglamento de 1941. En 1952, la institución contaba con 368 pacientes, una población manicomial más bien moderada si la comparamos con otros establecimientos de los que se tienen datos, como el Hospital Psiquiátrico de Murcia, en el que ingresaron 1.034 pacientes entre 1940-1944 (Valenciano, 1978) o el Sanatorio de Ciempozuelos en Madrid, que albergaba en 1955 nada menos que 1.450 mujeres (González Duro, 1997).

Cuando los pacientes ingresaban en el Manicomio Nacional de Leganés se registraban en la Hoja de entrada y vicisitudes en la que, además de una foto de tamaño carnet, se anotaban sus datos sociodemográficos, categoría administrativa de ingreso, datos clínicos (el temperamento, la constitución y el diagnóstico clínico inicial), antecedentes personales y familiares, así como el inicio de la enfermedad y su evolución durante el ingreso. Es interesante constatar que en 1941 por primera vez en la historia del manicomio ingresan más mujeres (60 por ciento) que hombres (40 por ciento). Sin descartar otras posibles causas es evidente que la mayor mortalidad de varones durante la guerra y posguerra influyó en esta inversión de los porcentajes de ingresos.

La edad media de los pacientes que ingresaron fue de 42 años y el 60 por ciento de los ingresados eran solteros y procedentes de la provincia de Madrid a pesar del carácter nacional de la institución, datos que sí fueron similares a los de otros periodos (Tierno, Villasante y Vázquez de la Torre, 2007: 335; Candela y Villasante, 2011: 209; Mollejo, 2011: 17). La estancia media de los pacientes ingresados entre 1940 y 1952 fue de 7,78 años y la mayor parte de

las altas fueron por defunción. Otros motivos de alta fueron remisiones, traslados, evasiones y en un pequeño porcentaje, tan solo el 8 por ciento, por curación. Si bien no se detectó ningún ingreso voluntario, posibilidad contemplada en el Decreto de 1931, sí se han recogido, durante los años del estudio, cuatro altas a petición del paciente.

Como se ha indicado, la mayor parte de las altas se produjeron por fallecimiento. La mortalidad intramaneicomial aumentó con respecto a la registrada en los primeros años treinta (Tierno, 2008: 114-115). Esta tendencia es equivalente a la observada en otros establecimientos de beneficencia en los primeros años de la posguerra y que González Ferradas sitúa entre un 6 y un 33 por ciento, mientras que la tasa de mortalidad media en España al finalizar la guerra era del 17 por mil (González Ferradas, 1943). Algunos estudios realizados en Europa han señalado que el aumento de la mortalidad en la población civil tras las guerras, fue aún mayor en las instituciones asilares como los manicomios (Odier, 1995, 2007). En el manicomio de Leganés, de 1940 a 1942, las tasas de mortalidad ascendieron del 10,6 por ciento al 14,98 por ciento.

Es importante señalar la diferente mortalidad por clase social. Mientras que entre los pacientes pobres (de la Beneficencia) la tasa de mortalidad fue del 19 por ciento en 1941 y del 17 por ciento en 1942; los datos correspondientes a los internos más pudientes (los pensionistas) arrojan unas tasas del 12 y del 10 por ciento para los mismos años. Misma institución pero categorías de pacientes diferentes. Estos resultados son prácticamente superponibles a los encontrados en otros estudios, incluso en contextos sociales y culturales alejados, como por ejemplo, el influyente trabajo de Suzuki sobre la población psiquiátrica del Hospital Ohji Brain y Komine (Japón) en el que, durante los años de la segunda posguerra mundial la mortalidad de los pacientes privados fue mucho menor que la de los pacientes públicos (Suzuki, 2003: 349).

Las causas de mortalidad más frecuentes en el manicomio fueron las enfermedades cardiocirculatorias no infecciosas (miocarditis, insuficiencias cardíacas y cardiopatías isquémicas), junto con las afecciones neurológicas no infecciosas (apoplejías, epilepsias,

esclerosis cerebrales y reblandecimientos). Sin contar con el pico de mortalidad que las enfermedades de transmisión hídrica, como la enteritis aguda o la colitis crónica, habían experimentado entre 1940 (10,6 por ciento) y 1942 (14,48 por ciento), la principal causa de muerte por infección fue la tuberculosis (25 defunciones entre 1939 y 1952), seguida de otras patologías respiratorias (neumonías, bronquitis), algunas de las cuales podrían haber sido también de naturaleza tísica. Es evidente que el hacinamiento, las malas condiciones higiénicas y de alimentación y el fracaso de la campaña antituberculosa con el Seguro Obligatorio contra la Tuberculosis que se pretendió implantar (Molero, 1994), contribuyeron al aumento de mortalidad por tuberculosis en todo el Estado y, de manera particular, en este tipo de establecimientos, tal como refiere González (1977: 80) para el manicomio de Conxo.

Sin embargo, las enfermedades que, aparentemente, más inquietaron a las autoridades sanitarias durante los primeros años de la posguerra fueron las enfermedades infecciosas como la viruela, difteria y tifus (Jiménez Lucena, 1994), tal como reconoció el director general de Sanidad, José A. Palanca, en el otoño de 1939 (Palanca, 1943). Llama la atención que en Leganés no se registrara ninguna enfermedad tifoidea en la posguerra, que sí había causado dos muertes durante la guerra (Vázquez de la Torre y Villasante, 2016). No obstante, la preocupación del director facultativo de la institución por este tipo de patología queda patente en su solicitud de vacunas antitíficas gratuitas para los pacientes de beneficencia:

Esta Jefatura Facultativa se dirige respetuosamente a usted con el objeto de que por esa Ilustrísima Dirección General de Beneficencia se solicite del Ilustrísimo Señor Director General de Sanidad la concesión a este Establecimiento de las dosis de vacunas antitíficas necesarias para vacunar a los 170 enfermos y enfermas de beneficencia actualmente ingresados en el manicomio, los cuales carecen naturalmente de recursos para sufragar el coste del medicamento. La vacunación según las disposiciones vigentes, tienen carácter obligatorio, y a ello obliga el estado sanitario de la Provincia de Madrid. Dios guarde a usted muchos años. Leganés, 16 de julio de 1949. El Jefe Facultativo³⁸.

En todo caso, la mortalidad infecciosa en el manicomio presentó los mismos picos que la no infecciosa y a medida que avanzaba la década se modificó el perfil epidemiológico, de modo que la mortalidad por infecciones pasó del 5,9 por ciento en 1941 a valores del 1,1 por ciento a principios de los años cincuenta. Cifras que responden a la transición epidemiológica que se estaba produciendo en España, con un desplazamiento de la prevalencia de las enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles, y un cambio de los patrones de morbi-mortalidad de la población (Robles, García y Bernabeu, 1996: 229).

LA INFLUENCIA DE LA PSIQUIATRÍA GERMÁNICA

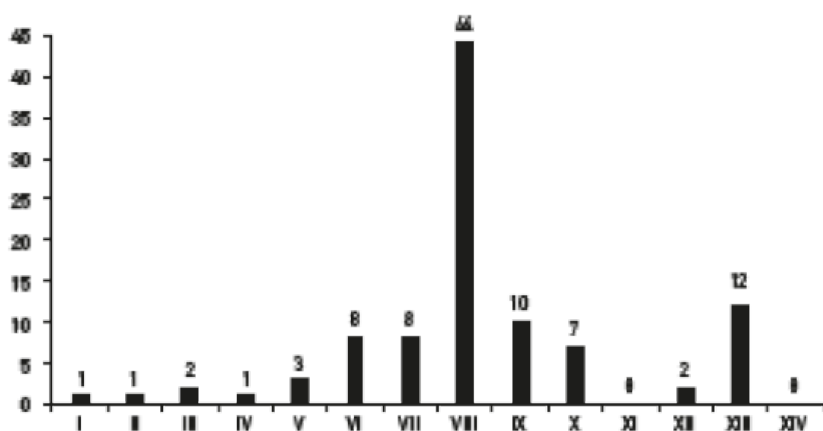
Durante la Segunda República, los establecimientos psiquiátricos debían enviar a la Dirección General de Sanidad, de manera periódica y con carácter obligatorio (Gaceta de Madrid, 2 de diciembre de 1931) unos partes estadísticos que reflejaran el funcionamiento y la actividad asistencial, utilizándose para ello unas fichas en las que figuraban los pacientes ingresados y su diagnóstico. Un diagnóstico que debía formularse según la clasificación de Kraepelin, implantada en España para los documentos administrativos a partir de la Orden del 28 de noviembre de 1931. Esta práctica fue llevada a cabo en Leganés durante los años de la República y se reanudó en la posguerra, mientras que en el paréntesis bélico, las fichas estadísticas se siguieron realizando, aunque no llegaron a enviarse. El sistema clasificatorio se mantuvo, pues, tanto antes como después de la guerra en que la influencia de la psiquiatría alemana era absoluta (Vallejo Nágera, 1944), si bien algunos médicos, tal como ocurría también en los años treinta, siguieron utilizando la nosografía francesa, no en las fichas estadísticas pero sí en las historias clínica de los pacientes (Vázquez de la Torre, 2008).

La esquizofrenia siguió siendo el diagnóstico más frecuente entre los pacientes ingresados, seguido de la oligofrenia, que fue en aumento

(de un 5-8 por ciento de los ingresos en los años de la República, a un 12 por ciento en la posguerra) (Conseglieri, 2013a). Este incremento de discapacitados mentales se ha relacionado con las dificultades de las familias afectadas por el hambre y la miseria de la posguerra, para ejercer el cuidado de estos en sus domicilios (Comelles, 1988). Un problema que llegó a motivar un discreto debate sobre la necesidad de potenciar la especialización y la creación de instituciones terapéuticas y pedagógicas para sujetos etiquetados de oligofrenia (Zaragoza Antich, 1950). Finalmente, la psicosis maniaco-depresiva fue el tercer diagnóstico más frecuente en Leganés, con unos porcentajes similares en los años treinta y en los cuarenta. Es decir, como cabía esperar, los principales juicios diagnósticos, manejados en la institución antes y después de la guerra fueron similares (gráfico 1).

Gráfico 1

Grupos diagnósticos según la clasificación kraepeliniana en los pacientes que ingresan en el Manicomio de Leganés (1939-1952) (en porcentajes)



Nota: Clasificación kraepeliniana: I. Alteraciones en los traumatismos craneales; II. Alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas; III. Alteraciones mentales en las intoxicaciones; IV. Alteraciones mentales en las enfermedades

infecciosas; V. Sífilis; VI. Procesos arterioscleróticos y de regresión; VII. Epilepsia genuina; VIII. Esquizofrenias; IX. Psicosis maniaco depresiva; X. Psicopatías; XI. Reacciones psicógenas; XII. Paranoia; XIII. Oligofrenias; XIV. Casos oscuros. Clasificación kraepeliniana, según la clasificación del INE, adaptación de la sexta edición del Tratado de Kraepelin de 1899.

Fuente: Elaboración propia.

Otros procesos, como demencias de diverso origen, epilepsias, etc., fueron, asimismo, patologías relativamente frecuentes tanto en Leganés como en el resto de los establecimientos psiquiátricos. Sin embargo, una variante interesante que merece la pena reseñar es el aumento del diagnóstico de psicopatía en el manicomio de Leganés, prácticamente inexistente con anterioridad a la guerra. De hecho, tan solo ocho pacientes fueron diagnosticados de psicopatía desde la apertura del manicomio hasta 1936 (Mollejo, 2011; Tierno, Villasante y Vázquez de la Torre, 2007), y no se registró ningún caso nuevo durante la contienda (Vázquez de la Torre, 2012). Sin embargo, un total de 48 pacientes fueron incluidos en el grupo X de la clasificación de Kraepelin (véase gráfico 1) entre 1939 y 1952. La influencia de Kurt Schneider —y su obra *Las personalidades psicopáticas* (1923)— parece evidente. Este autor alemán, muy leído por los psiquiatras españoles, tanto republicanos como franquistas, publicó su *Klinische Psychopathologie* en 1946 y era bien conocido por Manuel Peraita, el facultativo que, precisamente en los años centrales de la década de los cuarenta más veces utilizó el diagnóstico de psicopatía. Cabe recordar que la exquisita formación germana de este médico quedó reflejada en algunas de sus historias clínicas en las que pueden apreciarse descripciones con gran finura psicopatológica e, incluso, algunas anotaciones diagnósticas redactadas en alemán (Conseglieri, 2013a).

Señalemos, finalmente, que las patologías neuropsiquiátricas carenciales, que Peraita había estudiado con tanto rigor durante el sitio de Madrid (Peraita, 1943, 1947a, 1947b, 1949), aparecen en Leganés de manera anecdótica; tan solo se han encontrado en los expedientes clínicos de los años de la posguerra un caso de pelagra

y otro de neuritis óptica bulbar³⁹. Al contrario de lo ocurrido en otros establecimientos, donde sí se detectaron numerosos casos de pelagra y otras enfermedades carenciales en la población institucionalizada, como en Jaén (Gutiérrez y Camy, 1943), o la Clínica Mental de Barcelona (Bordas, 1945), el manicomio de Leganés no tuvo problemas de abastecimiento de alimentos ni durante la guerra, pues el suministro estuvo protegido por los militares, en completa armonía con las Hijas de la Caridad, encargadas del servicio interior, ni en los años posteriores.

ENTRE LAS TERAPIAS DE CHOQUE Y LA LABORTERAPIA

Durante el primer tercio del siglo XX tuvo lugar, como se sabe, un impresionante auge de las terapias biológicas en psiquiatría. Las terapias de choque fueron utilizadas con profusión en todo el mundo y los psiquiatras españoles no hicieron sino asumir estas tendencias terapéuticas, como bien puede apreciarse en buena parte de las ponencias del Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría celebrado en Barcelona en 1942 (Huertas, en prensa), por más que, en ocasiones, algunos autores mostraran ciertas cautelas por entender que “se trataban de medidas terapéuticas radicales y revolucionarias, que necesitan un mayor tiempo de experimentación para su universal aceptación” (Domingo y Ruiz, 1950).

En el manicomio de Leganés, a medida que se introdujeron las terapias de choque, fueron abandonándose los métodos piretoterápicos, si bien todavía en la década de los cuarenta fueron aplicados a doce pacientes (con los diagnósticos de sífilis, psicosis maniaco-depresiva, oligofrenia, psicopatía y esquizofrenia). La piretoterapia, y en concreto la malarioterapia, que había sido el tratamiento más novedoso para la parálisis general progresiva en los años treinta entró en franco declive cuando se comercializó la penicilina (Villasante, 2003). En España las primeras penicilinas se obtuvieron a partir de 1945, solo un año después se publicó el primer caso de antibioterapia por vía raquídea en un paciente de

Leganés (Peraita y Fernández-Sanz, 1946). La novedad terapéutica es absoluta si tenemos en cuenta que hasta 1948 no se concedió la licencia de fabricación nacional. A pesar de los problemas de abastecimiento, la penicilina fue administrada a otros cinco pacientes durante la década de los cuarenta. Asimismo, otros 38 pacientes fueron tratados con fármacos diversos, fundamentalmente bromuros y barbitúricos.

En cualquier caso, los tratamientos de choque fueron la gran novedad terapéutica en los años de la posguerra. Novedad que no fue propia, naturalmente, de la psiquiatría franquista sino que fue un fenómeno internacional y una de las grandes opciones terapéuticas de la psiquiatría biológica, antes de la llegada de la clorpromazina y de los demás psicofármacos.

El choque cardiazólico, que utilizaba numerosas dosis de cardiazol —un estimulante del sistema nervioso central—, inyectadas cada tres días con el fin de provocar convulsiones, fue una terapia ideada por el psiquiatra húngaro Ladislaus von Meduna en 1934 (Fink, 1984). A partir de 1940 y hasta 1952 se utilizó en 15 pacientes (7 por ciento) del manicomio de Leganés, en su mayoría esquizofrénicos. Casi paralelamente se comenzó a aplicar el coma insulínico, que el austriaco Manfred Sakel había introducido algunos años antes y que, como el cardiazol, se había convertido en un tratamiento muy extendido en los hospitales psiquiátricos europeos y americanos (James, 1992). En los años de nuestro estudio fueron tratados con choque insulínico el 13 por ciento del total de enfermos ingresados. Sin embargo, para este peligroso tratamiento se precisaban grandes cantidades de insulina y azúcar lo que la convertía en una técnica cara, que requería pagos a la Sección de Higiene, como se aprecia en esta carta de finales de 1943:

Señor Director del manicomio: por gestión de la Sección de Higiene Mental de esta Dirección General de Sanidad, se ha conseguido un cupo de insulina danesa leo, para tratar a los enfermos de los manicomios oficiales. Si interesa su adquisición deben remitir a la Sección de Higiene Mental, oficio solicitándolo acompañado del importe (ocho pesetas las 100 unidades y 13 las 200). Al mismo

tiempo le remito las hojas de estadística anual para el presente año. Del Jefe de la Sección de Higiene Mental González Ferradas, Madrid, 4 de noviembre de 1943⁴⁰.

Poco a poco, el cardiazol y la insulina fueron dejando paso al electrochoque, una técnica desarrollada por los italianos Ugo Cerletti y Lucio Bini en 1938 (Berrios, 1997) que era más sencilla y más barata que las otras dos. A partir del primer electrochoque practicado en España por Alfredo Prieto Vidal en el Sanatorio Psiquiátrico de San Luis de Palencia en 1940 (Prieto Vidal, 1941), y sobre todo, a partir de la ponencia y discusiones sobre “Los nuevos tratamientos en psiquiatría” desarrolladas en el citado Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría de 1942 —en el que se invita expresamente a los profesionales a practicar la terapia electroconvulsiva—, se inició en nuestro país un activismo terapéutico muy intervencionistas que está por estudiar (Huertas, en prensa). El electrochoque se aplicó por primera vez en el manicomio de Leganés en el año 1944 y, desde entonces, se utilizó en 96 pacientes, convirtiéndose en la técnica más utilizada, si bien tampoco mejoraron mucho las tasas por curación o remisión.

A estas terapias de choque se añadió, además, una agresiva técnica denominada leucotomía prefrontal o lobotomía (Berrios, 1991), que fue ensayada por primera vez en 1935 por los portugueses Egas Moniz y Almeida Lima, siendo difundida internacionalmente por el estadounidense Walter Freeman (Freeman, 1948). En el manicomio de Leganés, tras instalar y acondicionar una sala de operaciones para tal fin, se practicaron, durante la época en la que Manuel Peraita estuvo al frente de la institución, un total de diez leucotomías, la primera de ellas en 1944, indicadas solo después de probar la ineficacia de otras técnicas. Se trata de un número muy pequeño si se compara con las 561 practicadas en Umedalen (Suecia) desde 1946 hasta 1953 (Ögren y Sandlund, 2005). En general en España, tal como recogían Juan José López Ibor y el neurocirujano —y hermano del director de Leganés— Pablo Peraita, se realizaban solo en casos restringidos (López Ibor y Peraita, 1951), y no se publicaron largas series como las de Emilio Rizzatti que, durante el año 1938, realizó un centenar de intervenciones en

el Racconigi Hospital, estimándose que alrededor del 10 por ciento de la población hospitalaria pudo ser intervenida (Kotowicz, 2008). Algunos trabajos han insistido en el papel eminentemente represor de la leucotomía, como símbolo del poder y del autoritarismo psiquiátrico (Valenstein, 1986; Pressman, 1998). Sin duda, es una lectura pertinente pero, en nuestro caso de estudio merece la pena destacar que a propósito de esta intervención se ha localizado, por primera vez en el manicomio de Leganés, una solicitud de consentimiento familiar:

Respetable Sor María después de los tratamientos empleados a Sor C. de esa comunidad, no encontrando ninguna mejoría en el proceso mental que motivó su reclusión, ruego usted consulte a la familia de la interesada para que dé su autorización por escrito a fin de que pueda ser sometida a una intervención quirúrgica en el cerebro que, en ocasiones, han mejorado esta clase de procesos mentales. En espera de dicha autorización que puede remitir a la mayor brevedad posible por correo me es grato ofrecerme atentamente, a 11 de julio de 1944. Firmado Manuel Peraita⁴¹.

El debate sobre el consentimiento de un familiar directo, en casos donde no fuese posible el del enfermo, fue ya planteado entre los psiquiatras del momento independientemente de que estuviesen a favor o en contra de la realización de esta técnica (Giner y Navarro, 1997; Phil, 1996; Whitaker, 2002). No obstante, hay que señalar también que, en algún caso, la negativa a la recomendación del tratamiento añadía una amenaza de cesar el internamiento del paciente.

Muy señor mío: contestando a su carta fecha 9 del actual he de manifestarle: que la leucotomía es operación que se ha practicado en este Establecimiento a varios enfermos, en algunos de ellos con notable mejoría de su estado mental, y consideramos que el riesgo operatorio es análogo al de otras intervenciones. Como la psicopatía que padece su hija L. ha de continuar en la misma situación por

tiempo indefinido, y no siendo compatible con la vida familiar, razón por la cual ha tenido usted que recurrir a su internamiento en este Manicomio, se ha decidido hacer en este caso una terapéutica activa: la LEUCOTOMÍA. Considero que de no aceptarla, no está usted conforme con nuestros métodos de tratamientos y lamentándolo sinceramente, le propondríamos solicitase su salida definitiva, para lo cual esperamos su contestación con la decisión que tome en el mes próximo para proceder en consecuencia. Con este motivo, tiene el gusto de reiterarse de usted, atentamente. Director Facultativo. 18 de septiembre de 1944.

Como acabamos de ver, salvo el electrochoque, los demás tratamientos de choque y la lobotomía no llegaron a aplicarse en Leganés de manera masiva. Junto a estos, se siguieron practicando terapias más tradicionales que, a juzgar por las anotaciones que figuran en los evolutivos de las historias clínicas, consistieron en medidas higiénicas como la retirada de bebidas excitantes como el café, vino o té, o la clinoterapia y, naturalmente la laborterapia. No es ninguna novedad pues el tratamiento de las enfermedades mentales mediante el trabajo se practica, como se sabe, desde el origen de la asistencia psiquiátrica, pero merece la pena señalar que el método de terapia ocupacional que Hermann Simon había puesto a punto en el asilo de Gütersloh a finales de los años veinte, tuvo una gran repercusión internacional. La edición española de su obra se publicó en plena Guerra Civil (Simon, 1937) y algunos psiquiatras españoles, como Vallejo Nágera, llegaron a describir con detalle las diferentes modalidades y escenarios de la laborterapia:

Los trabajos manuales (trabajos domésticos, como en la cocina, despensa, lavandería y costura; trabajos agrícolas como granja, huerta, parque o jardín; manufacturas como talleres de carpintería, sastrería, panadería; trabajos de construcción o albañilería), trabajos intelectuales (oficinas del hospital o auxiliares de los practicantes) [...] o las distracciones o la ocupación de los enfermos en las horas de descanso (juegos sencillos, teatro, cine (Vallejo Nágera, 1940).

Si bien en alguna documentación del archivo clínico del manicomio de Leganés durante los años de la República hay constancia de la práctica de una laborterapia más o menos organizada, lo cierto es que fue, una vez más, Manuel Peraita el que, a finales de 1944, impulsó este tipo de terapia en el manicomio, procediendo a la mejora de los talleres ya existentes⁴². Según los planos de Manuel Martínez Chumillas, arquitecto de la Dirección General de la Beneficencia y Obras Sociales⁴³, en la planta baja estaba la sala de costura, de alfombras, ebanistería, zapatería y encuadernación y, en la primera planta, la sala de empaquetado, sastrería, alpargatería, costura y juguetería; cada una de las salas tenía su correspondiente zona para el almacén de los utensilios. En 1947 se construyó un pabellón con secciones de carpintería, sastrería, juguetería y confección de alpargatas de cáñamo (Gimeno, 1986). Además, la granja agrícola, existente en el manicomio desde el siglo XIX (Fraser, 1879), se mantuvo y reutilizó con fines rehabilitadores (Rodríguez-Torices, 1998).

Resulta muy interesante, para terminar, la preocupación de Peraita por la alimentación de los pacientes, y la manera de valorar las distintas necesidades calóricas de los que desarrollaban labores con esfuerzo físico y los que no. Citando a Grande Covián, con quien había colaborado en los estudios nutricionales y sobre patología carenciales durante el sitio de Madrid (Del Cura y Huertas, 2008), en 1944, tan solo varios meses después de ocupar su cargo, envió una carta al director general de Beneficencia con el fin de mejorar las raciones alimentarias de los que desempeñaban trabajos especiales en los talleres:

Manicomio de Santa Isabel de Leganés- Director Facultativo.

De acuerdo con lo dispuesto por V. I. al objeto de mejorar la ración alimenticia a los enfermos ingresados en este Manicomio, envío a V. I. adjunto informe que contiene las nuevas minutas así como un somero estudio de las mismas desde el punto de vista dietético.

Dicho estudio ha sido efectuado por el Dr. Grande Covián, Jefe de la Sección de Fisiología del Instituto de Investigaciones Médicas que dirige el profesor Jiménez Díaz.

Como V. I. puede apreciar se han calculado las raciones para enfermos adultos que no se encuentren sometidos a un trabajo muscular especial y así mismo, se han previsto raciones superiores para aquellos pacientes que deban encargarse de trabajos más o menos rudos (trabajos en talleres, faenas agrícolas, etc.). Siguiendo sus instrucciones he entregado una copia de las minutas a la superiora administradora de este manicomio con el fin de que proceda a la estimación económica de las mismas. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 7 de diciembre de 1944⁴⁴.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Durante los primeros años del franquismo el funcionamiento institucional del Manicomio Nacional de Leganés no permaneció ajeno a la precaria situación socioeconómica y política tras la guerra. Mientras se mantenía vigente el Decreto de 3 de julio de 1931 que regulaba los ingresos, se favoreció la entrada de pensionistas que, con sus honorarios, ayudaron a mitigar los escasos recursos asignados por la administración. En la inmediata posguerra los facultativos que habían permanecido en la institución durante la guerra compaginaron las labores asistenciales con la alcaldía de la villa de Leganés, mientras que el proceso de formación del personal de enfermería psiquiátrica, empezado en la Segunda República, se interrumpió. Las Hijas de la Caridad recuperaron parte del control de la institución y con menor coste que el personal laico, suplieron las tareas auxiliares y de cuidado al enfermo mental.

La población manicomial presentó una tendencia creciente pero, a diferencia del hacinamiento descrito en otras instituciones psiquiátricas españolas, el Manicomio Nacional nunca superó los cuatrocientos pacientes permitidos por el Reglamento Orgánico de

1941. La mortalidad intramaneicomial continuó la tendencia ascendente ya iniciada durante la guerra cuyo pico máximo se alcanzó en 1942. Si bien los primeros años de posguerra las defunciones, mayores en varones, fueron debidas a infecciones respiratorias y digestivas, a medida que avanzó la década disminuyó la mortalidad infecciosa, tendencia que traducía la transición epidemiológica ocurrida en España a primeros de los años cincuenta.

La influencia de la psiquiatría francesa, predominante en el siglo XIX y primeros del XX, fue sustituida por la nosografía kraepeliniana de origen germánico, ya asentada en el periodo republicano. Si bien los grupos diagnósticos más frecuentes no variaron significativamente respecto a épocas previas (esquizofrenias y oligofrenias), se produjo un aumento significativo del diagnóstico de psicopatía. Sin duda, la incorporación de Manuel Peraita Peraita como director facultativo influyó en esta orientación clínica, así como en la introducción de los novedosos tratamientos de choque, importados de Europa. Entre estos podemos destacar el choque cardiazólico, el insulínico y el electrochoque; este último introducido a partir de 1944. La inducción de convulsiones a través de corriente eléctrica, de fácil aplicación y más económico, sustituyó a los dos primeros que comenzaron a decaer. No obstante, el más arriesgado de los nuevos tratamientos fue la leucotomía prefrontal, una intervención quirúrgica para la que se habilitaron un quirófano y un botiquín, que no evitaron la elevada mortalidad. Paralelamente a estos agresivos tratamientos se construyeron, durante los años cuarenta, talleres de laborterapia y se realizaban tareas agrícolas, ya que, a pesar de los nuevos tratamientos la mayor parte de los pacientes permanecían en la institución hasta su fallecimiento.

Quizá se pueda concluir diciendo que la penosa situación de los pacientes mentales en las instituciones psiquiátricas, las dificultades presupuestarias y el abandono de la administración al no considerar la asistencia psiquiátrica como una prioridad sanitaria, contrastó en Leganés, con la dedicación de sus facultativos, en particular de Manuel Peraita, que intentó reformas infraestructurales y novedades terapéuticas acordes con los conocimientos de la neuropsiquiatría biológica preponderante en la época.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Uriá, F.

(1983): Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX, Tusquets, Barcelona.

Aparicio Basauri, V.

y

Sánchez Gutiérrez, A. E.

(1997): “Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986)”, Revista de la AEN, 61, pp. 125-145.

Barrios Flores, L. F.

(2000): “Un siglo de psiquiatría penitenciaria”, Revista Española Sanidad Penitenciaria, 1, pp. 23-30.

—

(2007): “Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria”, Revista de la AEN, 27 (100), pp. 473-500.

Berrios, G. E.

(1991): “Psychosurgery in Britain and elsewhere: a conceptual history”, en G. E. Berrios y H. Freeman (eds.), 150 Years of British Psychiatry, 1841-1991, Gaskell, Londres.

— (1997): “The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history”, History of Psychiatry, 8, pp. 105-120.

Beveridge, A.

(1995): “Madness in Victorian Edinburgh. A study of patients

admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston (1873-1908)", *History of Psychiatry*, 6, pp. 21-54 y 133-156.

BOE (1941)

: 3 de noviembre, 311, pp. 8697-8701.

Bordas, R.

(1945): "La avitaminosis en los enfermos de la clínica mental de la Diputación durante el trienio 1937-1939", *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, pp. 90-91.

Campos, R.

(2003): "Criminalidad y locura: El cura Galeote", *Frenia*, 3 (2), pp. 111-146.

—

(2012): *El caso Morillo: crimen locura y subjetividad en la España de la Restauración*, CSIC-Frenia, Madrid.

Candela, R.

y

Villasante, O.

(2011): "Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía kraepeliniana", en O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante (eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, AEN, Madrid.

Comelles, J. M.

(1988): *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, PPU, Barcelona.

—

(2006): *Stultifera Navis. La locura el poder y la ciudad*, Editorial

Milenio, Lérida.

Conseglieri, A.

(2008): “La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel”, Frenia, 8, pp. 131-160.

(2013a): “El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico-asistenciales”, Universidad Complutense de Madrid, tesis doctoral.

(2013b): “Manuel Peraita Peraita: director facultativo del Manicomio Nacional de Leganés (1944-1950), en D. Simón, C. Gómez, A. Cibeira y O. Villasante (eds.), Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

Conseglieri, A.

y

Villasante, O.

(2007): “Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés”, Revista de la AEN, 99 (1), pp. 119-141.

Conseglieri, A.; Villasante, O.

y

Del Cura, I.

(2007): “El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínicos asistenciales”, en R. Campos, L. Montiel y R. Huertas (coords.), Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI), CSIC, Madrid.

Del Cura, M.

(2003): “Niños en el manicomio: la locura infantil en la Casa de Santa Isabel de Leganés (1852-1936)”, en F. Fuentenebro, R. Huertas y C.Valiente (eds.), Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias, Frenia, Madrid.

Del Cura, M.

y

Huertas, R.

(2007): Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre, España 1937-1947, CSIC, Madrid.

Del Cura, M.

y

Huertas, R.

(2008): “The siege of Madrid (1937-1939). Nutritional and clinical studies during the Spanish civil war”, Food & History, 6 (1), pp. 193-214.

Delgado, M.

(1986): “Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871)”, Asclepio, 38, pp. 273-297.

Domingo Simo, F.

y

Ruiz Aguilera, J.

(1950): “La electronarcosis como última y positiva adquisición de los tratamientos convulsionantes”, II Congreso de Neuropsiquiatría. Comunicaciones, Valencia, Imp. Cosano, Madrid.

Duro Sánchez, A.

y

Villasante, O.

(2016): "La asistencia al enfermo mental de Luis Valenciano. La profesionalización del cuidado al enfermo mental durante la Segunda República Española", *Cultura de los Cuidados*, 20 (44), pp. 51-62.

Fink,

M.

(1984): "Meduna and the origins of convulsive therapy", *American Journal Psychiatry*, 141, pp. 1034-1041.

Fraser, D.

(1879): "Spanish Asylums", *Journal of Mental Science*, 25 (111), pp. 347-358.

Freeman, W.

(1948): "Funciones de los lóbulos frontales según resultados de la leucotomía prefrontal", *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, pp. 299-306.

Gaceta de Madrid (

1917): 13 de junio, 164, pp. 685-686.

—(

1931): 2 de diciembre, 336, pp. 1376-1377.

García Cantalapiedra, M. J.

(1992): *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*, Diputación de Valladolid, Valladolid.

Gimeno Álava, A.

(1986): "Neurología de ayer, Manuel Peraita Peraita (1908-1950)",

Revista Española de Neurología, 1, pp. 41-48.

Giner Martí, R.

y

Navarro Perez, J.

(1997): “Los inicios de la psicocirugía en España. La escuela valenciana”, en VV AA, La locura y sus instituciones, Diputación de Valencia, Valencia.

González Duro, E.

(1997): “Las instituciones psiquiátricas durante la época franquista”, en VV AA, La locura y sus instituciones, Diputación de Valencia, Valencia.

González Fernández, E.

(1977): A psiquiatría Galega e Conxo, Ediciones Rueiro, Madrid.

González Ferradas, M.

(1943): “La asistencia psiquiátrica en España”, Semana Médica Española, 117, pp. 1-10.

Grande, F.

y

Peraíta, M.

(1941): Avitaminosis y sistema nervioso, Miguel Servet, Barcelona.

Gutiérrez, J. P.

y

Camy, P.

(1943): “Pelagra y síndromes pelagroides durante nuestra guerra de liberación”, Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, 4, pp.

89-90.

Huertas, R

. (2015): "Broken Science, Scientists under Suspicion. Neuroscience in Spain during the Early Years of the Franco Dictatorship", en A. Gómez, A. F. Canales y B. Balmer (eds.), *Science Policies and Twentieth-Century Dictatorships: Spain, Italy and Argentina*, Ashgate, pp. 103-120.

—

(en prensa): "En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)", *Dynamis*.

Huertas, R

. y

Del Cura, I.

(2010): "Deficiency Neuropathy in Wartime: The 'Paraesthetic-Causalgic Syndrome' Described by Manuel Peraita during the Spanish Civil War", *Journal of the History of the Neurosciences*, 19, pp. 173-181.

James, F. E

. (1992): "Insulin treatment in psychiatry", *History of Psychiatry*, 3, pp. 221-235.

Jiménez Lucena, I.

(1994): "El tifus exantemático de la posguerra española (1939-1943). El uso de de una enfermedad colectiva en la legitimación del 'Nuevo Estado'", *Dynamis*, 14, pp. 185-198.

Jordá Moscardo, E.; Rey González, A.

y

Angosto Saura, T.

(2007): “La psiquiatría franquista y del exilio en el I Congreso Mundial de Psiquiatría. París, 1950”, en R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.), De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española, Frenia, Madrid.

Kotowicz, Z.

(2008): “Psychosurgery in Italy, 1936–39”, *History of Psychiatry*, 19, pp. 476-489.

López de Lerma, J.

y

Díaz Gómez, M.

(2000): Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, hoy complejo asistencial Benito Menni (1881-2000). Más de un siglo de psiquiatría, Fareso, Madrid.

López Ibor, J. J.

y

Peraíta, P.

(1951): “Indicaciones restringidas de la leucotomía en nuestra experiencia”, *Revista Española de Otoneurooftalmología y Neurocirugía*, 10 (55), pp. 187-191.

Llopis, B. (1943): “Los trastornos psíquicos en la pelagra (enfermedad de Casal)”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, pp. 7-31.

—

(1946): *Psicosis pelagrosa*, Científico-Médica, Barcelona.

Maroto García, M.

(2010): Leganés 1936-1979 (II), de la sumisión a la amnistía. Los alcaldes de Leganés durante el primer franquismo 1936-1949”, en

www.ciudadanosporelcambio.com

Molero Mesa, J.

(1994): “Enfermedad y previsión social en España bajo el primer franquismo (1939-1952). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis”, *Dynamis*, 14, pp. 199-225.

Mollejo Aparicio, E.

(2011): *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid.

Odier, S.

(1995): “Saint-Egrève, des horreurs de Vichy à la médicalisation d’un asile (1930-1960)”, *Bulletin du Centre Pierre Léon d’histoire économique et sociale*, 2 (3), pp. 117-126.

— (2007): “La surmortalité des asiles d’aliénés français durant la Seconde Guerre Mondiale”, *Frenia*, 7, 145-166.

Ögren, K.

y

Sandlund, M.

(2005): “Psychosurgery in Sweden 1944-1964”, *Journal of the History of the Neurosciences*, 14, pp. 353-367.

Palanca, J. A.

(1943): *Las epidemias de la posguerra. Discurso dado en la solemne sesión celebrada el día 28 de mayo de 1943 en la Real Academia de Medicina, Instituto de España, Madrid.*

Peraita, M.

(1943): “La clínica de las neuropatías carenciales observadas en Madrid”, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, pp. 32-53.

(1947a): “El complejo sintomático de Madrid: síndrome parestésico-causálgico”, *Revista Clínica Española*, 26 (4), pp. 225-234.

(1947b): “Avitaminosis y sistema nervioso (Recientes avances)”, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, pp. 230-235.

(1949): “Las neuropatías carenciales en la Segunda Guerra Mundial”, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 8, pp. 167-195.

Peraita, M.

y

Fernández-Sanz Méndez, A.

(1946): “Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva mediante la administración intrarraquídea de penicilina”, *Revista Clínica Española*, 2 (20), 2, pp. 144-145.

Phil Fennell, P.

(1996): *Treatment without consent: law, psychiatry, and the treatment of the mentally disordered people since 1845*, Routledge, Londres.

Pressman, J. D.

(1998): *Last resort: psychosurgery and the limits of medicine*, Cambridge University Press, Nueva York.

Prieto Vidal, A.

(1941): “La convulsión eléctrica como tratamiento en psiquiatría (Primeros ensayos)”, *Semana Médica Española*, 115, pp. 591-602.

Robles González, E.; García Benavides, F.

y

Bernabeu-Mestre, J. (1996): “La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990”, *Revista Española de Salud Pública*, 70, pp. 221- 233.

Rodríguez-Torices, M. A.

(1998): *Rehabilitación del Hospital Santa Isabel (Psiquiátrico José Germain)*. Leganés. Madrid, Servicio Regional de Salud, Madrid.

Simon, H.

(1937), *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*, Salvat, Barcelona.

Simón Lorda, D.; González Fernández, E.

y

Rodríguez López, A.

(2003): “Un siglo de asistencia psiquiátrica en la periferia del estado: Ourense, Galicia, España (1875-1975)”, en F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y Tendencias*, Frenia, Madrid.

Suzuki, A.

(2003): “A Brain Hospital in Tokyo and its private and public patients, 1926-1945”, *History of Psychiatry*, 14, pp. 337-360.

Tierno, R.

(2008): “Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)”, *Frenia*, 8, pp. 97-129.

Tierno, R.; Villasante, O.

y

Vázquez de la Torre, P.

(2007): “La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el Manicomio Nacional de Leganés”, en R. Campos, L. Montiel y R. Huertas (coords.), *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, CSIC, Madrid.

Valenciano Gayá, L.

(1978): *Parálisis general progresiva. Acmé, declinación y riesgo. Psicopatología*, Diputación Provincial de Murcia, Murcia.

Valenstein, E. D.

(1986): *Great and desperate cures: the rise and decline of psychosurgery and other radical treatments for mental illness*, Basic Books, Nueva York.

Vallejo Nágera, A.

(1940): *Tratamientos de las enfermedades mentales*, Sucesores de Rivachueneyra S.A, Madrid.

—

(1944): *Tratado de psiquiatría I, Psicopatología general*, Salvat, Barcelona/Buenos Aires.

Vázquez de la Torre, P.

(2008): “Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)”, *Frenia*, 8, pp. 69-96.

—

(2012): *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*, Universidad Complutense de Madrid, tesis doctoral.

—

(2013): “La Guerra Civil en el Hospital Psiquiátrico de Leganés”, en D. Simón, C. Gómez, A. Cibeira y O. Villasante (eds.), *Razón, locura*

y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

Vázquez de la Torre, P.

y

Villasante, O.

(2016), "Psychiatric care at a national mental institution during the Spanish Civil War (1936–39): Santa Isabel de Leganés", *History of Psychiatry*, 27, pp. 51-64.

Villasante, O.

(2003): "The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900)", *History of Psychiatry*, 14 (1), pp. 3-23.

—

(2008): "Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico", *Frenia*, 8, pp. 33-68.

—

(2015): "La formación de 'enfermeros psiquiátricos' durante la posguerra española: a propósito de Jaén (1939-1955)", *Revista Norte de Salud Mental*, 13(53), pp. 93-103.

Whitaker, R.

(2002): *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*, Basic Books, Nueva York.

Zaragoza Antich, J.

(1950): "Los índices de la oligofrenia en Valencia. Su asistencia", II Congreso de Neuropsiquiatría. Comunicaciones, Valencia, Imp. Cosano, Madrid.

FUENTES DE ARCHIVO

Archivo Histórico del IPSSM José Germain: Historias clínicas 1163-1769; Fichas estadísticas 1939-1952 catalogadas como Carpetas de estadísticas médicas (estadísticas de enfermos) de 1931-1940 y 1941-1962; Documentación correspondiente al periodo de la posguerra catalogada como Jefatura facultativa.

[España] Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Archivo General de la Administración (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): cajas (08) 25.0244/2848-2; (08) 25.0244/3108; (08) 25.0244/3107. Fondo Dirección General de Regiones Devastadas: caja F/04223, sobre 01.

Fondo Documental del Instituto Nacional Estadístico (INE), en <http://www.ine.es/>

Sobre los autores

Ricardo Campos

Doctor en Geografía e Historia y científico titular en el Instituto de Historia del CSIC. En la actualidad es director de Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia y vicepresidente de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Sus campos de investigación son la historia de la salud pública y de la psiquiatría. Es autor de numerosos trabajos, entre ellos *Curar y gobernar. Medicina y liberalismo en la España del siglo XIX* (Nivola, 2003) y *El caso Morillo: crimen, locura y subjetividad en la España de la Restauración* (Frenia-CSIC, 2012).

Ana Conseglieri Gámez

Doctora en Medicina por la UCM y especialista en psiquiatría. Actualmente es psiquiatra en el Centro de Salud Mental de Parla, Madrid. Ha formado parte de varias líneas de investigación sobre historia de la psiquiatría y ha publicado diversos artículos de revistas y capítulos de libros sobre la historia de la psiquiatría en el primer franquismo en Madrid.

Ángel González de Pablo

Doctor en Medicina y profesor titular de Historia de la Ciencia en la Facultad de Medicina de la UCM. Su campo principal de investigación es la historia de la psiquiatría, especialmente en relación con las ideas y teorías psiquiátricas. Entre sus últimas publicaciones se encuentran los capítulos “Rezeption und Resonanz der Allgemeinen Psychopathologie von K. Jaspers in Spanien”, en la obra *Psychopathologie - Gestern, Heute, Morgen* (Heidelberg,

Mattes, 2015), y “Consolidar, colonizar, excluir: estrategias de legitimación de la hipnosis médica”, incluido en *Los límites de la ciencia* (Madrid, CSIC, 2016).

Rafael Huertas

Doctor en Medicina por la UCM y doctor honoris causa por la Universidad de Buenos Aires, es profesor de Investigación del CSIC. Ha sido director del Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia del CSIC, integrante del Comité Ejecutivo de la European Association for the History of Psychiatry, presidente de la Sociedad Española de Historia de la Medicina y primer coordinador de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría. Es autor, entre otras obras, de *Historia cultural de la psiquiatría* (Los Libros de la Catarata, 2012) y *La locura* (CSIC-Los Libros de la Catarata, 2014).

Silvia Lévy

Licenciada en Filosofía y máster en Psicoanálisis. Contratada predoctoral en el Instituto de Historia del CSIC, prepara una tesis doctoral sobre la recepción y circulación de las ideas psicoanalíticas en el ámbito de la psiquiatría y el derecho en España entre 1909-1922. Recientemente ha publicado “Delitos inconscientes. Psicoanálisis y teoría penal durante la Segunda República española”, en la revista *Culturas Psi/Psy Cultures* 20(16) 6).

Enric Novella

Profesor ayudante doctor de Historia de la Ciencia en la Universidad de Valencia. Es doctor en Medicina, licenciado en Filosofía y médico especialista en psiquiatría. Ha sido becario predoctoral del Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD) y contratado postdoctoral del CSIC. Es autor de las monografías *El joven Foucault y la psicopatología* (Berlín, 2008) y *La ciencia del*

alma (Madrid/Fráncfort, 2013), así como de numerosos artículos y ensayos dedicados a la historia y la filosofía de la psiquiatría, la psicología y la medicina.

Paloma Vázquez de la Torre

Doctora en Medicina por la UCM, especialista en psiquiatría, ejerce como psiquiatra infanto-juvenil en la sanidad pública madrileña. Ha desarrollado diversos trabajos de investigación en el campo de la historiografía psiquiátrica, contando con diversas publicaciones sobre historia institucional, psiquiatría durante la Guerra Civil y psiquiatría y narrativas.

Olga Villasante

Psiquiatra en el Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés, Madrid), doctora en Medicina y presidenta de la Sección de Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Ha participado en diversos proyectos de investigación de financiación pública. Es autora de numerosos artículos en revistas nacionales e internacionales y miembro del Consejo de Redacción de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y de la Revista Norte de Salud Mental.

NOTAS

1 * Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación HAR2012-37754-C02-01 financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

2 * Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación HAR2012-34588 y HAR2012-37754-C02-01 financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad).

3 * Trabajo realizado en el marco de los proyectos de investigación HAR2012-34588 y HAR2012-37754-C02-01 financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad.

4 . Justamente así lo reconocía unos años después la Real Orden de 26 de enero de 1927 por la que el gobierno español declaraba oficial la Liga Española de Higiene Mental: “La Liga tiene por objeto estudiar y proponer la adopción de medidas que tiendan a conseguir la profilaxis de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y que condensen las reglas más indispensables de la higiene mental individual” (Gaceta de Madrid, 1927: 562).

5 . “El defecto principal de las leyes españolas —señalaba Sacristán— es la unilateralidad, es decir, su punto de vista estrictamente jurídico y no médico. [...] Bien están, hasta cierto punto, las medidas jurídicas que garantizan la libertad individual; pero no deben llegar nunca y por ningún motivo a entorpecer la labor del

psiquiatra” (Sacristán, 1921: 3-4).

6 . Sobre este tema pronunciaría una importante conferencia el director de la Escuela Nacional Gustavo Pittaluga en el marco de la IV Reunión Anual de la Liga Española de Higiene Mental celebrada en Zaragoza entre el 25 y el 27 de septiembre de 1930 (Pittaluga, 1931).

7 . Aparte de la “organización de los trabajos colectivos” a presentar en el I Congreso Internacional de Higiene Mental que se celebraría del 5 al 10 de mayo de 1930 en Washington y del ya mencionado “Proyecto de creación de una Liga Española de Higiene Mental” de Saforcada, Mira y Rodríguez Arias, estos fueron justamente los temas de las ponencias debatidas en la Primera Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras celebrada en Barcelona en 1926: “Plan moderno de asistencia de los alienados”, “Necesidad urgente de una revisión total de la legislación concerniente a alienados”, “Creación de un Cuerpo de alienistas” y “Enseñanza de la psiquiatría y la neurología” (Sacristán, Germain y Rodríguez Arias, 1930: 349-354).

8 . “Fuimos víctimas de la burocracia y de la incuria del antiguo régimen, por ello saludamos con respeto y entusiasmo la naciente República y confiamos en la pericia de los hombres nuevos que hoy rigen los destinos del país. Nuestra obra y nuestras peticiones son no solo científicas, sino también sociales en el más amplio sentido de la palabra; no han de ser, pues, indiferentes a ellas los hombres que el pueblo ha puesto hoy al frente de su Gobierno. La torpeza de los predecesores ha reservado para el primer Gobierno de la República el honor de ser gloriosamente los reformadores de la asistencia psiquiátrica en España” (Liga Española de Higiene Mental, 1931: 5).

9 . “Imputamos al psicoanálisis —afirmaba Vallejo en 1941— haber servido de poderosa palanca para fomentar la revolución mundial marxista, para inmoralizar y destruir la sociedad cristiana, infiltrando solapadamente sus ideas en los círculos burgueses con deplorables consecuencias para la religión, la moral, la sociedad, la pedagogía, la criminología e incluso para el arte. [...] Despojado de sus aplicaciones terapéuticas, representa sectarísima doctrina, lanzada con fines políticos de inmensa trascendencia, propagada por el judaísmo internacional” (Vallejo Nágera, 1941: 49). Significativamente, el psicoanálisis había asumido en la década de 1930 una creciente influencia dentro del movimiento pro higiene mental, pero, como era de esperar, la élite de la psiquiatría franquista se opuso virulentamente a su difusión en nombre de la defensa de la religión y los valores tradicionales (Glick, 1982).

10 . Huelga decir que este efecto no solo no se produjo, sino que la tasa de enfermos mentales acogidos en establecimientos sanitarios no dejó de aumentar (al menos) hasta finales de la década de 1960. Así, de una tasa de 85 enfermos institucionalizados por cada 100.000 habitantes en 1945, se pasó a una de 89 en 1950, de 100 en 1955, de 108 en 1960 y de 110 en 1965 (De Miguel y Oltra, 1971: 5).

11 . Este término fue acuñado originalmente por el psicólogo y pedagogo norteamericano de origen sueco Carl Emil Seashore (Seashore, 1941).

12 . “Los psicólogos y psicotécnicos deben ocupar una privilegiada posición de vanguardia en el movimiento internacional ‘pro salud mental’. No está justificado de ninguna manera el pensar que la higiene mental consiste esencialmente en un quehacer médico puro. Por el contrario, tanto su doctrina como su planificación y ejecución se inspiran y fundamentan en el conjunto de las ciencias humanas y las ciencias sociales. [...] La correcta orientación de la higiene mental en los distintos países solo puede conseguirse si no se

prescinde en ningún momento ni de la psicología ni de los psicólogos” (Alonso Fernández, 1961: 388).

13 . Durante el periodo republicano Prados Such fue director del Sanatorio Psiquiátrico de San José de Málaga, miembro del Consejo Directivo de la Liga y colaborador de Rodríguez Lafora en el Instituto Cajal.

14 . Al parecer, esta había sido la opinión expresada por dos ilustres psiquiatras españoles en el III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría celebrado en 1952 en Santiago de Compostela (Sarró, 1960: 5).

15 . El 28 de julio de 1925 el gobierno de la dictadura emitió una Real Orden en la que se lamentaba de “una serie dolorosa de atrasos, desorganizaciones y faltas de concepto científico en cuanto se relaciona con la asistencia de las enfermedades mentales que no puede ni debe seguir contemplando indiferente el Directorio”, pero como recordó tres años después la moción presentada por Escalas Real a la Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental, el régimen no hizo absolutamente nada para paliar dicho “atraso ante las naciones civilizadas” (Acta de la sesión..., 1929: 2).

16 * Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación HAR2012-37754-C02-01 financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

17 . Saforcada, como hemos visto, tuvo un papel muy activo en la fundación de la AEN y de la LHM en la década de 1920. Pese a sus implicaciones reformadoras, durante la Guerra Civil fue cesado como catedrático de Medicina Legal por las autoridades republicanas, siendo restituido en 1939 (Claret Miranda, 2004:

18 * Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación HAR2012-37754-C02-01 financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

1. Ramón Sarró, interesado en el psicoanálisis, contactó con Freud y viajó a Viena en 1924, donde comenzaría su análisis didáctico. Asistió a las reuniones del círculo de psicoanálisis cercano a Freud, sin embargo regresó a Barcelona en 1927, antes de finalizar su análisis, decepcionado con su experiencia. A partir de entonces mantendrá una postura crítica con el psicoanálisis, al mismo tiempo que reconoce su valor (Carles et al., 2000: 131-133).

19 . Ángel Garma se convertiría a partir de entonces en el primer psicoanalista español en ser reconocido por la IPA. Tras su exilio, primero en Francia y luego en Argentina, colaborará junto a Celes Cárcamo, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón Riviere, Marie Langer y Enrique Ferrari Hardoy en la formación de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

20 . Para un análisis mayor sobre La Ley de Vagos y Maleantes durante la Segunda República y su continuidad en el periodo franquista véase el capítulo 4 de este libro a cargo de Ricardo Campos.

21 . A la primera tópica, que dividía el aparato psíquico en inconsciente, preconscious y consciente, Freud añadió en 1923 la segunda tópica compuesta por tres instancias: el ello, el yo y el superyó. El ello es la parte primitiva, su contenido es todo inconsciente, y se compone de la expresión psíquica de pulsiones y deseos. El yo es la instancia encargada de la acción mediadora entre las exigencias de las otras dos instancias y el mundo exterior. Y el

superyó es la instancia moral encargada de la función punitiva. Para Freud el superyó es el resultado de la resolución del complejo de Edipo y supone la interiorización de la ley, las normas y las reglas sociales (Laplanche y Pontalis, 1996).

22 . Hay que señalar que este proceso no es ajeno al movimiento de institucionalización de la psicología científica en España, donde la aplicación psicotécnica fue uno de sus más importantes pilares a lo largo del siglo XX. Sobre los orígenes de la psicología en España véase Helio Carpintero, Historia de la psicología en España, Pirámide, Madrid, 2004.

23 . La adaptación de pruebas según aquello que se buscara investigar le llevó a realizar, junto a Joaquín Fuster, un conjunto de test que denominó de penalización libre y que pasó a los reclusos de la Cárcel Modelo de Barcelona y a un grupo de no reclusos de diferentes niveles culturales. Con el objetivo de esclarecer un perfil potencialmente criminal compararon las respuestas de ambos grupos para trazar, a partir de ellas, la potencial criminalidad de los no reclusos que respondiesen de forma similar a los delincuentes (Campos, 2007: 24; Mira, 1932: 245-254).

24 . Mira a lo largo de su obra muestra una preocupación por ofrecer una fórmula de medición objetiva de la vida mental y de la personalidad, la cual entiende íntimamente correlacionada con el movimiento corporal, de ahí que combine técnicas de exploración inconsciente con aparatos de medición de las reacciones corporales. Su aportación original en este ámbito será el Test de Psicodiagnóstico Miokinético, que gozó de notable fama entre algunos autores (Carpintero, 2004: 193-194).

25 . En esta concepción conviene apuntar que Mira parece haberse quedado en una comprensión preanalítica del pensamiento de

Freud, que centra toda su atención en esquivar la barrera de la conciencia para acceder al material inconsciente y revelarlo al paciente, confiando en sus efectos catárquicos. A partir de 1905, Freud entenderá la relevancia de analizar la censura y la transferencia como elementos vertebradores de la cura, y conceptos nucleares de la praxis psicoanalítica.

26 . Las diferencias entre los fascismo italiano y alemán con el régimen de Franco han sido señaladas en relación a este punto. A pesar de los conocidos apoyos y colaboraciones entre los regímenes de Mussolini y Hitler con el régimen franquista, existen importantes diferencias en relación a sus proyectos políticos. La dictadura española propugnó la vuelta a la tradición y los valores de la España inquisitorial. Valores identificados con la moral católica, verdadera guía político-ideológica. La hispanidad promulgada por los ideólogos del régimen condensó esta condición que define la principal diferencia con los movimientos de masas de los fascismos europeos de ideología nacional revolucionaria (Huertas, 1998: 99).

27 . Esta crítica había sido lanzada en las primeras décadas del siglo XX contra el psicoanálisis de forma inversa, es decir, por su falta de cientificidad. Véase por ejemplo el famoso texto de José Ortega y Gasset: “Psicoanálisis, ciencia problemática” (1911). Utilizamos la edición de 1966 recogida en sus Obras Completas.

28 . Su impronta llegó a traspasar las fronteras españolas con influencia en autores extranjeros, como el médico chileno Juan Marín Rojas, con quien Camargo mantiene correspondencia, o el abogado chileno Manuel Manzano (Ruperthuz, 2015: 168, 207).

29 . El libro tiene tres ediciones (1951, 1954, 1968-9).

30 * Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación HAR2012-37754-C02-01, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

31 . Jefatura facultativa, “copias de informes desfavorables en instancias de ingresos”, Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

32 . [España] Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Archivo General de la Administración (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación), cajas (08) 25.0244.

33 . [España] Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Archivo General de la Administración, Fondo Dirección General de Regiones Devastadas, caja F/04223, sobre 01.

34 . Jefatura facultativa, “oficios del ministerio de gobernación”, Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

35 . Documento oficial del Instituto Nacional de Estadística, Censo de Establecimientos Benéficos y Sanitarios, fechado el 2 de noviembre de 1949. Jefatura facultativa, “estadísticas”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

36 . Jefatura facultativa, “practicantes”, Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

37 . http://www.fpabloiglesias.es/archivo-y-biblioteca/diccionario-biografico/biografias/16772_perla-garcia-eugenio (consultado el 12

de junio de 2016).

38 . Jefatura facultativa, “oficios del Ministerio de Gobernación”, Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

39 . Historias clínicas 1183 y 1472, Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

40 . Jefatura facultativa, “oficios varios”, Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

41 . Historia clínica 1191, Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

42 . [España] Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Archivo General de la Administración (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación), (08) 25.0244 / 3107 y (08) 25.0244 / 2848-2.

43 . Ibid., cajas (08) 25.0244.

44 . Jefatura facultativa, “Oficios del ministerio de gobernación”, Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Índice

INTRODUCCIÓN, por Ricardo Campos y Ángel González de Pablo

CAPÍTULO 1. EL MODELO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL PRIMER FRANQUISMO: RUPTURAS Y CONTINUIDADES. Rafael Huertas

CAPÍTULO 2. LA TEORÍA PSIQUIÁTRICA DURANTE EL PRIMER FRANQUISMO. Ángel González de Pablo

CAPÍTULO 3. PSIQUIÁTRIA, GOBIERNO Y MEDICINA SOCIAL: LA HIGIENE MENTAL EN ESPAÑA (1917-1959). Enric Novella

CAPÍTULO 4. LA CONJURA DEL PELIGRO: PSIQUIÁTRIA Y PELIGROSIDAD SOCIAL EN LA SEGUNDA REPÚBLICA Y EL PRIMER FRANQUISMO (1931-1960). Ricardo Campos

CAPÍTULO 5 . PREVENIR REHABILITAR Y SANCIONAR. LA INCORPORACIÓN DE LAS IDEAS PSICOANALÍTICAS A LA PSIQUIÁTRIA FORENSE (1930-1950). Silvia Lévy Lazcano

CAPÍTULO 6.EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS EN LA POSGUERRA. VIEJAS Y NUEVAS PRÁCTICAS. Ana Conseglieri, Olga Villasante y Paloma Vázquez de la Torre

SOBRE LOS AUTORES

NOTAS

